FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1928

# THÈSE

N° 165

POUR LE

# DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

**Marc-Adrien DOLLFUS**

Né le 15 avril 1896, Paris

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

---

# DES

# PÉRISCLÉRITES SUPPURÉES

## LOCALISÉES A STAPHYLOCOQUES

## (ÉTUDE CLINIQUE)

---

*Président :* M. TERRIEN, *Professeur*

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE 2,

—

1928

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1928

# THÈSE

N°

POUR LE

# DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

**Marc-Adrien DOLLFUS**

Né le 15 avril 1896, Paris

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

---

# DES PÉRISCLÉRITES SUPPURÉES LOCALISÉES A STAPHYLOCOQUES

## (ÉTUDE CLINIQUE)

---

*Président :* M. TERRIEN, *Professeur*

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE 2,

1928

## I. — PROFESSEURS

| | MM. |
|---|---|
| Anatomie | ROUVIÈRE. |
| Anatomie médico chirurgicale | CUNÉO. |
| Physiologie | ROGER. |
| Physique médicale | STROHL. |
| Chimie organique et chimie générale | DESGREZ. |
| Bactériologie | LEMIERRE. |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale | BRUMPT. |
| Pathologie et thérapeutique générales | Marcel LABBÉ |
| Pathologie médicale | SICARD. |
| Pathologie chirurgicale | LECENE. |
| Anatomie pathologique | ROUSSY. |
| Histologie | CHAMPY. |
| Pharmacologie et matière médicale | TIFFENEAU. |
| Thérapeutique | LOEPER. |
| Hygiène | Léon BERNARD. |
| Médecine légale | BALTHAZARD. |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie | MENETRIER. |
| Pathologie expérimentale et comparée | RATHERY. |
| Clinique médicale | CARNOT. |
| | BEZANÇON. |
| | ACHARD. |
| | WIDAL. |
| Hygiène et clinique de la première enfance | MARFAN. |
| Clinique des maladies des enfants | NOBÉCOURT. |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale | H. CLAUDE. |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques | JEANSELME. |
| Clinique des maladies du système nerveux | GUILLAIN. |
| Clinique des maladies infectieuses | TESSIER. |
| Clinique chirurgicale | DELBET. |
| | HARTMANN. |
| | LEJARS. |
| | GOSSET. |
| Clinique ophtalmologique | TERRIEN. |
| Clinique urologique | LEGUEU. |
| Clinique d'accouchements | COUVELAIRE. |
| | BRINDEAU. |
| | JEANNIN. |
| Clinique gynécologique | J.-L. FAURE. |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie | OMBREDANNE. |
| Clinique thérapeutique médicale | VAQUEZ. |
| Clinique oto-rhino-laryngologique | SEBILEAU. |
| Clinique thérapeutique chirurgicale | DUVAL. |
| Clinique propédeutique | SERGENT. |
| Professeur sans chaire | BRANCA. |

## II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

| MM. | |
|---|---|
| ALAJOUANINE | Neurologie et Psychiatrie. |
| AUBERTIN | Pathologie médicale. |
| BASSET | Pathologie chirurgicale. |
| BAUDOUIN | Pathologie médicale. |
| BINET | Physiologie. |
| BLANCHETIÈRE | Chimie biologique. |
| BROCQ | Pathologie chirurgicale. |
| BRULÉ | Pathologie médicale. |
| CADENAT | Pathologie chirurgicale. |
| CHABROL | Pathologie médicale. |
| CHAMPY | Histologie. |
| CHIRAY, CLERC | Pathologie médicale. |
| DEBRÉ | Hygiène. |
| DOGNON | Physique. |
| DONZELOT | Pathologie médicale. |
| DUVOIR | Médecine légale. |
| ECALLE | Obstétrique. |
| FIESSINGER | Pathologie médicale. |
| GARNIER | Pathologie expérimentle. |
| GATELLIER | Pathologie chirurgicale. |
| HARVIER | Pathologie médicale. |
| HEITZ-BOYER | Urologie. |
| HOVELACQUE | Anatomie. |
| HUTINEL | Pathologie médicale. |
| JOYEUX | Parasitologie. |
| LABBÉ (Henri) | Chimie biologique. |
| LARDENNOIS | Pathologie chirurgicale |
| LEMAITRE | Oto-rhino-laryngologie |
| LEROUX | Anatomie pathologique. |
| LEVY-SOLAL | Obstétrique. |
| LHERMITTE | Pathologie mentale. |
| LIAN | Pathologie médicale. |
| MATHIEU | Pathologie chirurgicale. |
| METZGER | Obstétrique. |
| MONDOR | Pathologie chirurgicale |
| MOURE | Pathologie chirurgicale |
| MULON | Histologie. |
| PHILIBERT | Bactériologie |
| QUENU | Pathologie chirurgicale |
| RICHET Fils | Physiologie. |
| SÉZARY | Dermatologie et syphiligraphie. |
| VALLERY-RADOT (Pasteur) | Pathologie médicale. |
| VAUDESCAL | Obstétrique. |
| VELTER | Ophtalmologie. |
| VERNE | Histologie. |

## III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

### pour le service des examens

| MM. | |
|---|---|
| DEMELIN | Obstétrique. |
| HUGEROT | Pathologie médicale. |
| LEQUEUX | Obstétrique. |
| RETTERER | Histologie. |
| TANON | Pathologie médicale. |
| ZIMMEM | Physique. |

## IV.— AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

### à titre permanent

| MM. | |
|---|---|
| ALGLAVE<br>AUVRAY<br>CHEVASSU | Clinique chirurgicale. |
| LAIGNEL-LAVASTINE. | Clinique médicale. |
| LE LORIER. | Clinique obstétricale. |
| LERREBOULLET | Clinique médicale infantile. |
| LÉRI | Clinique médicale. |
| MOCQUOT<br>PROUST<br>SCHWARTZ | Clinique chirurgicale. |
| VILLARET | Clinique médicale. |

## V. — CHARGÉS DE COURS

| | |
|---|---|
| MM. MAUCLAIRE, agrégé | Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes. |
| FREY | Stomatologie. |
| CHAILLEY-BERT | Education physique. |
| LEDOUX-LEBARD | Radiologie clinique. |

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

## DU MÊME AUTEUR

**Adipose douloureuse diffuse avec modifications de la selle turcique.** (En collaboration avec M. Pasteur Vallery-Radot. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux*, 30 juin 1922).

**Synovite tendineuse chronique à localisations multiples.** (En collaboration avec MM. Pasteur Vallery-Radot et J. Hagueneau. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux*, 27 octobre 1922).

**Les tests pharmacodynamiques du tonus vago-sympathique et les états anaphylactiques.** (En collaboration avec MM. Pasteur Vallery-Radot et J. Hagueneau. *Presse médicale*, 19 décembre 1923).

**Compression latente du lobe frontal droit par une tumeur volumineuse d'origine méningée.** (En collaboration avec MM. A. Souques et J. de Massary. *Bulletins et Mémoires de la Société anatomique de Paris*, 1924).

**Ramollissement kystique du noyau lenticulaire droit, suivi d'épendymite avec syndrome de tumeur cérébrale.** (En collaboration avec MM. A. Souques et J. de Massary. *Bulletins et Mémoires de la Société anatomique de Paris*, 1924, p. 315).

**Contribution à l'étude du diagnostic des dilatations des bronches par l'exploration radiologique après lipiodol.** (En collaboration avec M. P. Nicaud. *Presse Médicale*, 15 octobre 1924).

**Un cas de neuromyélite optique à évolution suraiguë.** (*Société d'ophtalmologie de Paris*, 19 décembre 1925 et *Annales d'oculistique*, février 1926).

**Un cas d'hémianopsie horizontale inférieure d'origine non traumatique chez un syphilitique.** (En collaboration avec M. le Pr Terrien. *Société d'Oto-Neuro-Oculistique,* 5 mai 1926).

**Un cas de tumeur cérébrale et de calcification méningée visible à la radiographie, sans autre symptôme clinique chez une acromégalique.** (En collaboration avec M. G. Renard. *Soc. d'Oto-Neuro-Oculistique*, 7 juillet 1926, et *Revue d'Oto-Neuro-Oculistique*, octobre 1926).

**Deux cas de syndrome d'hypertension intracranienne avec stase papillaire, guéris par le traitement spécifique.** (En collaboration avec M. G. Renard. *Soc. d'Oto-Neuro-Oculistique,* 3 novembre 1926).

**Un cas de syndrome de Claude Bernard-Horner par plaie du sympathique cervical.** (En collaboration avec M. le Pr Terrien et M. G. Renard. *Revue d'Oto-Neuro-Oculistique*, décembre 1926).

**Résultats des interventions décompressives dans l'hypertension intracranienne.** (En collaboration avec M. le Pr Terrien et M. G. Renard. *Revue d'Oto-Neuro-Oculistique*, janvier 1927).

**Dégénérescence irienne d'un type particulier.** (*Bulletin de la Société d'ophtalmologie de Paris*, avril 1927).

*DIVERS*

**Observations sur le lièvre noir et le syrrhapte paradoxal.** (*Bulletin de la Société zoologique de France*, 6 décembre 1913).

**Etude archéologique du canton de Lyons-la-Forêt (Eure) et fouilles pratiquées au Quartier du Bout-de-Bas.** (*Bulletin de la Société normande d'études préhistoriques,* T. XXV).

**La Butte-aux-Anglais près le Tronquay (Eure).** (*Bulletin de la Société normande d'études préhistoriques*, 1927).

**Fouille d'un cimetière mérovingien à Lorleau (Eure).** (En collaboration avec M. M. Lucas. *Bulletin de la Société normande d'études préhistoriques*, 1927).

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FEMME

A MES FRÈRES

A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur F. TERRIEN

Professeur de Clinique ophtalmologique à la Faculté

*En témoignage de ma reconnaissance et de mon respectueux attachement.*

A MON MAITRE

Monsieur le Docteur MORAX

Ophtalmologiste de l'Hôpital Lariboisière

*En remerciement pour l'affection qu'il n'a cessé de me témoigner ; hommage de reconnaissance et de profond attachement.*

A MON MAITRE

Monsieur le Docteur DUPUY-DUTEMPS

Ophtalmologiste de l'Hôpital St-Louis

*En témoignage de ma reconnaissance et de ma respectueuse affection.*

A MON MAITRE

Monsieur le Docteur ROCHON-DUVIGNEAUD

Ophtalmologiste honoraire des Hôpitaux

*Mon premier maître en ophtalmologie.*
*En hommage reconnaissant.*

## A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

**Stage**

1914-15. — Monsieur le Professeur agrégé DESMAREST.
1915-16. — Monsieur le Professeur LANDOUZY (*in memoriam*).
1916. — Monsieur le Docteur ROCHON-DUVIGNEAUD.
1919. — Monsieur le Docteur PARMENTIER.

**Externat**

1920. — Monsieur le Professeur agrégé GRÉGOIRE.
1921. — Monsieur le Docteur CLAISSE.

**Internat provisoire**

1922. — Monsieur le Professeur agrégé VALLERY-RADOT.
1923. — Monsieur le Docteur SOUQUES.
— Monsieur le Docteur VURPAS.

**Internat**

1924. — Monsieur le Professeur agrégé GARNIER.
1925. — Monsieur le Docteur MORAX.
1926. — Monsieur le Professeur TERRIEN.
1927. — Monsieur le Docteur DUPUY-DUTEMPS.
— Monsieur le Docteur HUDELO.

## A MES AUTRES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MM. les Professeurs agrégés VELTER,
Ch. FOIX *(in memoriam)*, Ch. RICHET.
MM. les Docteurs BOLLACK, PRELAT, Ophtalmologistes des Hôpitaux, FEUILLE, Médecin des Hôpitaux,
P. NICAUD, G. COUSIN

## A MES CONFÉRENCIERS D INTERNAT

MM. les Docteurs MOREAU, Médecin des Hôpitaux,
J. C. BLOCH, Chirurgien des Hôpitaux,
TRUFFERT, OBERLIN.

## A MES AMIS

MM. les Docteurs Ed. HARTMANN, H. OBERTHUR, MÉRIGOT de TREIGNY, BLAMOUTIER, J. de MASSARY, RENARD, VALAT, BARBÉ, DIGONNET, HUDELO, FROYEZ, NIDA.

# INTRODUCTION

Nous entendrons par **périsclérites suppurées staphylococciques** des abcès circonscrits, localisés au voisinage immédiat de la coque sclérale et dont l'origine peut être attribuée à une métastase au cours d'une bactériémie à staphylocoques ; cette définition comprend aussi bien les abcès localisés au contact du segment antérieur de la sclérotique dans le tissu épiscléral, que les abcès circonscrits postérieurs du segment intraorbitaire souvent confondus cliniquement avec les ténonites purulentes.

Nous éliminerons donc du cadre de cette étude les suppurations sclérales compliquant les plaies traumatiques et opératoires et les suppurations secondaires à une panophtalmie métastatique déterminant une perforation de la coque sclérale de dedans en dehors, avec issue de pus dans le tissu sous-conjonctival.

Par leur allure clinique, leur évolution et leur pronostic, les deux formes de suppuration périsclérale sont essentiellement différentes et il serait parfois difficile de les rattacher à une même cause s'il ne se rencontrait, comme nous avons pu l'observer, des cas mixtes où le malade présentait en même temps les deux lésions.

Alors que les suppurations intra-oculaires (irido-choroïdiennes) d'origine métastatique sont parfaitement connues et étudiées depuis longtemps il n'en est point de même pour les localisations périsclérales de même origine.

Si toutefois les suppurations postérieures ont été déjà

décrites, elles l'ont toujours été dans le cadre des ténonites. Par contre les localisations antérieures épisclérales ne sont jamais ou presque mentionnées dans les traités classiques d'ophtalmologie ni dans les ouvrages concernant les septicémies.

Ayant eu l'occasion au cours de notre internat d'observer quelques cas de ces abcès périscléraux staphylococciques, il nous a paru intéressant en rassemblant les faits épars dans la littérature française et étrangère d'en faire une étude d'ensemble.

## HISTORIQUE

L'histoire des **périsclérites postérieures** se confond avec celle des ténonites purulentes qui a été déjà écrite par Rohmer dans l'*Encyclopédie ophtamologique* et par Sciaux dans sa thèse (1912).

Ce n'est qu'en 1910 que Morax publiant un cas particulièrement intéressant d'abcès circonscrit de la sclérotique au niveau du segment postérieur, montre avec examen anatomo-pathologique à l'appui qu'il peut exister des inflammations d'origine staphylococcique localisées et qu'on pourrait les disjoindre du cadre des ténonites purulentes.

L'histoire des abcès épiscléraux antérieurs (*Périsclérites antérieures*) est moins bien établie. C'est en 1879 qu'apparut pour la première fois dans la littérature ophtalmologique la mention d'un abcès épiscléral. Alt (cité par Uhthoff) donne alors la description anatomique d'un cas de « sclérite purulente » mais sans examen clinique ni notion de l'agent microbien en cause.

Jusque-là certains auteurs (Sichel père, Michel) niaient la possibilité de la transformation purulente de l'épisclérite et en 1889 encore, de Wecker, dans son *Traité d'Ophtalmologie* n'admet que les suppurations sclérales post-traumatiques ou secondaires à une choroïdite purulente. En 1880, Leber donne une bonne description d'un abcès épiscléral, qu'il avait observé en 1871, suivi d'une guérison complète après l'évacuation d'un pus jaunâtre, bien lié.

Un an plus tard, en 1881, Feuer rapporte un cas d'ab-

cès antérieur et postérieur, chez un même malade, coïncidant d'ailleurs avec une localisation irido-choroïdienne suivie de panophtalmie.

Galezowski en 1882, dans son *Traité des Matadies des yeux*, déclare que la « périsclérite (épisclérite) peut être suivie de suppuration et en donne une description succinte.

En 1886, Happel, aux Etats-Unis, décrit un cas typique de périsclérite purulente suivie de guérison.

Jusque-là du fait de leur ancienneté ou pour toute autre cause aucune de ces observations ne mentionne d'examen bactériologique du pus et seule la description clinique peut en faire soupçonner la nature staphylococcique, sauf peut-être pour le cas de Feuer, où le streptocoque pouvait être en cause.

C'est en 1889 qu'Adler, de Vienne, donne la première observation complète de périsclérite purulente au cours d'une infection générale, avec présence incontestable de staphylocoques dorés dans le pus de l'abcès. L'évolution en fut d'ailleurs favorable malgré une légère atteinte irienne.

A partir de cette époque les observations avec examen bactériologique deviennent plus nombreuses, surtout en Allemagne et en Autriche.

En 1908 Pascheff publie une étude très approfondie d'un cas typique observé chez un malade atteint de furonculose. Outre l'examen bactériologique du pus qui montrait la présence de staphylocoques dorés, Pascheff entreprend des recherches sur le degré de virulence de cet agent microbien et publie un des seuls cas avec étude anatomo-pathologique de la lésion prélevée par biopsie.

En 1910, Dupuy-Dutemps et Lemarchal, à l'époque ou Morax publiait le cas d'abcès postérieur dont nous avons déjà parlé, relatent, les premiers en France, l'observation d'une périsclérite antérieuré, au cours d'une septicémie à staphylocoques avec localisations génito-urinaires multiples.

De 1910 à 1914, Verlhagen, Lutz, Meissner, Vogt, Perlia décrivent en Allemagne des cas typiques de périsclérite antérieure.

Lamb, en 1911, à propos du premier cas observé en Angleterre, publie une étude d'ensemble sur la question.

Pendant toute la période de la guerre de 1914 à 1918, malgré les possibilités très grandes d'infection staphylococcique du fait des blessures de guerre, nous ne trouvons dans la littérature des belligérants aucune observation d'abcès épiscléraux antérieurs.

En 1921 Bachstez donne le seul cas dans lequel l'hémoculture fut positive au staphylocoque doré, cas d'ailleurs suivi de guérison.

Quelques mois plus tard, à propos d'un cas personnel, Kramer (de Vienne) publie une monographie complète des « épisclérites métastatiques à staphylocoques » au cours de laquelle il relève dix-huit observations.

Dupuy-Dutemps, en 1922, dans son rapport sur les irido-choroïdites dans les états infectieux, reprend la question surtout du point de vue pathogénique.

A ces dix-huit cas il est venu s'en ajouter quelques autres ces dernières années, parmi lesquels nos trois observations personnelles, si bien que nous avons pu rassembler 32 observations de *périsclérites suppurées staphylococciques antérieures.*

## ETUDE CLINIQUE

Nous diviserons cette étude en deux parties : la première consacrée à la périsclérite suppurée antérieure, la seconde à la périsclérite postérieure.

Nous verrons au cours de cette seconde partie qu'il peut parfois exister des cas mixtes où l'on assiste au développement simultané ou successif des deux formes de périsclérite.

### PREMIÈRE PARTIE

### PÉRISCLÉRITE SUPPURÉE ANTÉRIEURE

#### Symptômes

Nous engloberons sous ce terme les abcès localisés du tissu épiscléral compris dans le segment visible de l'épisclère (segment sous-conjonctival).

C'est le plus souvent à la suite d'une petite infection staphylococcique, ayant pu passer inaperçue ou négligée par le malade (petite plaie infectée, furoncle) que se développent dans les jours ou les semaines qui suivent, les premiers symptômes de la périsclérite suppurée antérieure.

Le **début** en est généralement rapide, caractérisé dans les cas typiques par de la *douleur* au niveau du globe oculaire. Le caractère de cette douleur est assez variable, tantôt réduite à une simple sensation de corps étranger

conjonctival, le plus souvent extrêmement vive, débutant brusquement, et d'une acuité telle qu'elle empêche les malades de dormir, nécessitant même parfois, comme dans l'observation de Lamb, l'usage de la morphine. Une photophobie assez intense accompagne cette douleur, mais cependant elle n'est jamais telle que l'on puisse en être gêné pour pratiquer un examen de l'œil malade avec une lumière vive.

Objectivement, à cette période de début on constate les symptômes suivants :

Les *paupières* sont le plus souvent normales ; dans quelques cas, l'on a observé un léger gonflement de la paupière supérieure avec un peu de rougeur des téguments.

Les *conjonctives* palpébrales gardent leur teinte normale ou sont modérément injectées. Il n'en est pas de même de la *conjonctive bulbaire* qui est le siège d'une *hyperhémie* toujours assez marquée. Cette injection conjonctivale est plus accentuée au niveau d'un des secteurs, s'accompagnant au même point d'injection périkératique. Dans certains cas cet aspect est tellement net que l'on observe sur la conjonctive bulbaire une zone triangulaire vascularisée, avec intégrité des autres parties de la conjonctive. Sous la conjonctive hyperhémiée on constate en outre une dilatation des vaisseaux épiscléraux. Cependant, malgré ces symptômes inflammatoires il n'existe aucune sécrétion conjonctivale et les paupières ne sont pas agglutinées le matin.

La localisation de l'injection conjonctivale permet de prévoir le point du tissu épiscléral où va se développer l'abcès. En deux ou trois jours les symptômes de périsclérite purulente vont se préciser.

En un point de la portion antérieure du globe, sous la conjonctive, à deux ou trois millimètres du limbe le plus souvent, il se forme une petite **tuméfaction** adhérente dans la profondeur, de taille variable depuis celle d'un grain de millet, à celle d'un gros pois. Cette tuméfaction est bien

limitée, arrondie, circulaire ; la conjonctive glisse facilement sur elle. La vascularisation épisclérale est plus accentuée à son voisinage et les vaisseaux convergent vers cette tuméfaction inflammatoire.

**Période d'état.** — A cette période, si la vascularisation est plus marquée au voisinage de la tuméfaction par contre, le reste de la conjonctive pâlit légèrement, le chémosis conjonctival se localise lui aussi vers l'abcès en formation.

La pression au niveau de cet abcès, qui à cette période a l'aspect d'un bouton de sclérite, est le plus souvent douloureuse et exacerbe les douleurs que le malade accuse spontanément : cependant dans une de nos observations la douleur à la pression était nulle.

Rapidement la tumeur se limite, augmente un peu de volume, la conjonctive glisse moins facilement à son niveau et l'on observe une acumination du sommet.

D'abord rouge vif la périsclérite change de coloration alors que sa base s'entoure d'une aréole rouge foncé ; l'ensemble de la tuméfaction prend une teinte plus jaunâtre qui se marque surtout au niveau du sommet. Ce changement de coloration s'observe vers le cinquième ou sixième jour et correspond le plus souvent à une atténuation des phénomènes douloureux locaux. Le sommet de la tuméfaction devient alors complètement adhérent à la conjonctive et fait une saillie accentuée. Si l'injection périkératique et conjonctivale localisée existe toujours, le reste de la conjonctive pâlit, le chémosis est moins marqué et le gonflement palpébral disparaît.

La recherche de l'*adénite prétragienne* dont Blatt mentionne cependant l'existence chez son malade, est souvent négative ; dans les trois cas que nous avons observés (2 cas de périsclérite antérieure et un cas mixte) nous n'avons pas retrouvé cette adénite.

Dans les périsclérites antérieures non compliquées, pendant toute cette période de début, la cornée est trans

parente, la chambre antérieure de profondeur normale, il n'existe pas de trouble des milieux.

L'*iris* présente des réactions normales : la pupille est régulière ; nous verrons cependant que la complication la plus fréquente est l'iritis, aussi faut-il surveiller cet organe avec grande attention.

Dans la grande majorité des cas *l'examen du fond de l'œil* ne montre aucune lésion, cependant Lutz, Vogt, Sachsalber, ont constaté en regard de la lésion périsclérale, *un œdème rétinien* caractérisé par une teinte grisâtre de la rétine et une légère saillie. Le même aspect de la rétine se retrouvera dans la description de la périsclérite postérieure.

L'*acuité visuelle* est normale et ne subit pas de diminution. *La motilité du globe oculaire* est conservée, accompagnée parfois, cependant, d'une légère douleur dans les mouvements extrêmes.

Il n'existe que peu de troubles de l'état général. Chez un de nos malades l'apparition de la périsclérite coïncida avec une élévation de la température aux environs de 38,5, fièvre qui se maintint pendant quelques jours, correspondant vraisemblablement avec un état pyohémique staphylococcique.

D'autres fois l'altération de l'état général et l'apparition de fièvre doivent faire rechercher d'autres manifestations purulentes de même nature, et plus spécialement les localisations génito-urinaires. La polynucléose sanguine, à cette période, présage les mêmes complications.

**Période de suppuration**. — Vers le 6e ou 8e jour les symptômes locaux s'affirment et la tuméfaction saille de plus en plus. La coloration jaunâtre s'accentue et si l'on n'intervient pas, l'abcès va s'ouvrir spontanément à travers la conjonctive donnant issue à une grosse goutte de pus épais, jaune, bien lié. L'examen bactériologique le montre riche en staphylocoques dorés.

Cette ouverture de l'abcès périscléral est suivie d'une

sédation rapide des symptômes. La douleur disparaît presque complètement et le malade ressent un soulagement considérable La vascularisation conjonctivale se localise autour de l'abcès, les autres portions de la conjonctive pâlissent

Deux ou trois jours plus tard il s'élimine un véritable bourbillon que l'on peut extraire à la pince, ou qui s'évacue spontanément laissant à sa place une ulcération arrondie du diamètre de la tuméfaction, à bords légèrement décollés, entamant les couches superficielles de la sclérotique, dont le fond prend une teinte grisâtre, donnant quand on l'explore prudemment avec un stylet, une sensation grumeleuse, irrégulière. La profondeur de cette ulcération atteint de un à un millimètre et demi de profondeur.

A partir du moment où le bourbillon s'est éliminé les phénomènes inflammatoires rétrocèdent ; il subsiste pendant quelques jours un peu de sécrétion et en moins d'une semaine on assiste à la cicatrisation de la lésion.

En quinze jours à trois semaines la périsclérite purulente aiguë a subi son évolution vers une guérison complète. Tout au plus subsistera-t-il comme reliquat inflammatoire au niveau de la cicatrice conjonctivale une vascularisation très limitée et une adhérence de la conjonctive au tissu scléral.

Dans la plupart des cas, à la suite de cette ulcération, on observe à sa place, après cicatrisation une petite tache grise ardoisée, qui subsistera dès lors indéfiniment, témoignant de l'amincissement scléral en ce point. Cette tache grise sera le seul témoignage de l'existence d'une périsclérite purulente, car dans 72 % des cas il y a guérison complète, définitive, sans atteinte de la fonction visuelle.

**Périsclérite suppurée antérieure à la période d'état.**

(Malade de notre obs. I, qui présentait en même temps deux phlegmons périnéphrétiques à staphylocoques).

(Cliché du laboratoire du service du Dr Morax à l'Hôpital Lariboisière).

## COMPLICATIONS

Bien que souvent sans conséquences très sérieuses, les complications sont relativement fréquentes. Parmi elles l'iritis se rencontre le plus souvent.

**Iritis.** — L'iritis s'observe dans un quart des cas.

Il se développe vers le quatrième ou huitième jour et se présente avec une intensité très variable. Si dans les observations de Dupuy-Dutemps, de Velhagen, de Perlia, d'Adler, il ne s'agissait que d'une légère réaction irienne caractérisée par un peu de paresse pupillaire, guérissant spontanément sans laisser de traces, il n'en est pas de même dans les cas de Sandmann, de Vogt, de Sachsalber où l'iritis fut très important, véritable irido-cyclite avec trouble des milieux et synéchies iriennes.

Dans le cas rapporté par Vogt il ne persista qu'un peu de pigmentation de la capsule antérieure du cristallin. Par contre les malades de Sachsalber et de Sandmann, présentèrent une sécclusion pupillaire qui, après disparition des phénomènes inflammatoires, nécessita une iridectomie optique, avec baisse définitive de l'acuité visuelle.

Meissner, chez son malade, n'observa pas de complications iriennes mais seulement un gros trouble de l'humeur aqueuse et même de l'hypopyon, qui rétrocéda et aboutit à une guérison complète.

**Opacité cornéenne.** — Elle existe et persiste dans 12 % des cas. Cette complication s'observe lorsque la périsclérite siège très en avant, presque au contact du limbe. Il s'agit dans ces cas d'une propagation de l'infection purulente aux couches moyennes de la cornée, rappelant un peu l'évolution de l'abcès annulaire de la cornée, mais cette kératite purulente est due à la contiguité de l'inflammation périsclérale et non à une autre localisation staphylococcique. Quoi qu'il en soit, cette infiltration purulente cornéenne est d'un pronostic sérieux, car elle précède

souvent la perforation de la cornée au niveau du limbe, comme ont pu le constater Percy-Dunn, Bogustz, Sandmann. Dans les deux premiers cas la perforation fut suivie d'un prolapsus irien, que l'on réséqua ; le malade guérit avec une diminution de l'acuité visuelle. L'évolution de cette complication fut beaucoup plus grave dans le cas de Sandmann où, à la suite de la perforation du limbe et du pincement irien, il se développa une panophtalmie avec atrophie du globe.

**Amincissement de la sclérotique.** — Si la perforation du limbe s'observe, par contre en aucun cas l'on n'a observé de perforation de la sclérotique proprement dite. Cependant souvent les auteurs ont observé, et il en a été ainsi chez deux de nos malades, un certain degré d'amincissement scléral, dû à l'ulcération des couches superficielles de la coque sclérale, cet amincissement se traduisant après cicatrisation de la lésion par une teinte grise au point où s'était développée la périsclérite purulente. Jamais non plus les auteurs n'ont signalé à la suite de cet amincissement local le développement d'un staphylome. Seul, Feuer, dans son observation, aurait observé une perforation sclérale, mais outre qu'il n'est pas prouvé qu'il s'agissait d'une localisation staphylococcique, cette perforation s'opéra de dedans en dehors, consécutivement à une panophtalmie développée parallèlement à l'évolution de l'abcès périscléral, comme une autre localisation hémosporique.

Enfin nous envisagerons encore comme complications la **multiplicité des foyers de périsclérite.** Celle-ci s'observe dans 12 % des cas et rend compte de la possibilité de foyers antérieurs et postérieurs (Cas mixtes).

Bogustz observa quatre foyers antérieurs, un principal et trois accessoires ; Horay et Sachsalber, trois foyers ; dans l'observation de Sandmann il s'agissait de deux foyers de périsclérite se développant symétriquement dans la région nasale des deux yeux.

## FORMES CLINIQUES

Nous avons décrit la forme la plus fréquente à évolution aiguë, mais il peut exister des aspects différents du fait même que l'affection revêt une marche subaiguë ou même chronique.

**Forme subaiguë.** — Le cas le plus typique en a été décrit en 1910 par Dupuy-Dutemps et Lemarchal. Il se constitue alors un foyer localisé à l'épisclère avec réaction locale peu marquée, léger œdème conjonctival, avec hyperhémie localisée de la conjonctive. Lentement en une quinzaine de jours la saillie sous-conjonctivale augmente de volume, le centre de la tumeur devient jaunâtre et l'on peut s'attendre à la voir évoluer vers la suppuration ; mais arrivée à ce stade l'évolution s'arrête et très lentement, en plusieurs semaines, la régression des phénomènes inflammatoires s'opère. Sans qu'il y ait eu ulcération de la conjonctive et évacuation de la collection purulente, la tuméfaction se résorbe complètement suivie parfois cependant d'un amincissement local de la sclérotique.

D'autres fois la marche de l'affection est plus chronique encore et prend le caractère d'une évolution froide. La tumeur se constitue sans réaction de voisinage jusqu'à atteindre le volume d'un pois, et la ponction ramène alors un pus épais blanchâtre dans lequel il est parfois difficile ou même impossible de retrouver l'agent causal. L'absence d'agent microbien dans ces collections d'allure subaiguë ou chronique en constitue une des caractéristiques et pour en affirmer la nature staphylococcique il faut souvent se fonder sur les antécédents ou sur l'examen bactériologique des autres localisations purulentes hémosporiques concomitantes.

## PRONOSTIC

Le pronostic de la périsclérite antérieure aiguë staphylococcique est en général favorable.

**La guérison** s'observe en effet dans 72 % des cas, guérison complète sans aucune atteinte de l'acuité visuelle. Seule, demeure comme une signature de l'affection, une tache grise ardoisée témoignant de l'amincissement scléral en ce point, amincissement sans gravité puisqu'il n'est jamais suivi de staphylome de la sclérotique.

Parmi ces cas suivis de guérison totale il en est quelques-uns, qui, au cours de l'évolution s'étaient accompagnés de réaction irienne. Celle-ci lorsqu'elle survient au cours d'une périsclérite aiguë purulente n'en aggrave guère le pronostic. Sur 8 cas où cette complication a été signalée, six guérirent complètement sans baisse de l'acuité visuelle. Sur la totalité des cas la diminution de la fonction visuelle a été constatée 18 fois sur cent. Elle était due à diverses causes : opacité cornéenne (Bogusz, Sandmann), perforation du limbe avec enclavement irien (Percy-Dunn), iritis grave avec sécclusion pupillaire (Sachsalber).

La perte totale de la vision par panophtalmie est exceptionnelle et si Feuer, Pagenstecher, Sandmann l'ont observée, il s'agissait sans doute d'une autre localisation hémosporique concomitante au niveau de la choroïde. Quant à la malade de Sandmann, elle présenta une panophtalmie après perforation limbique avec enclavement irien.

Le pronostic de l'affection paraît essentiellement réglé par la localisation de la collection purulente.

Plus l'abcès scléral est proche du limbe plus le pronostic est sérieux, car l'inflammation gagne facilement la cornée, d'où le risque d'opacité cornéenne définitive. En outre la région du limbe étant le point faible de la coque oculaire, la perforation en cas de périsclérite voisine doit être redoutée.

Tout au contraire, lorsque la périsclérite purulente se développe en son lieu d'élection, à 4 ou 6 mm, du limbe, **la perforation sclérale ne s'observe jamais,** l'évacuation de la collection purulente se faisant vers les points de moindre résistance, c'est-à-dire vers la conjonctive. Une fois le pus évacué la guérison s'installe dès lors rapidement sans séquelles.

L'existence d'une périsclérite à staphylocoques chez un malade entraîne cependant quelques réserves en ce qui concerne le pronostic général de la maladie. Elle témoigne en effet d'une bactériémie à staphylocoques avec localisations hémosporiques, et l'on doit craindre l'apparition d'autres foyers.

Comme Dupuy-Dutemps, nous avons eu l'occasion d'observer dans un cas une périsclérite purulente comme première localisation apparente d'une bactériémie. La présence de foyer oculaire nous permit de dépister un phlegmon périnéphrétique jusque-là méconnu. Il devait emporter le malade alors que l'affection oculaire était guérie. Les observations de Velhagen et Meissner témoignent de même que c'est au niveau des voies urinaires qu'il faut rechercher les autres localisations purulentes de la bactériémie staphylococcique.

## DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la périsclérite purulente se posera d'une manière différente suivant les stades et la forme clinique de l'affection.

**Au début**, alors qu'il n'existe que de la rougeur des conjonctives avec un léger degré de chémosis et de photophobie, l'on peut penser à une conjonctivite aiguë, mais l'absence de sécrétion conjonctivale, la réaction vasculaire plus marquée sur un secteur de la conjonctive bulbaire avec intégrité presque complète de la palpébrale, l'hyperhémie du réseau épiscléral permettent d'éliminer l'hypo-

thèse d'une conjonctivite aiguë. Dans les jours qui suivent se développe la petite tuméfaction épisclérale. Dès lors, deux diagnostics se posent, parfois difficiles :

I) *La conjonctivite impétigineuse dite phlycténulaire.*

II) *La sclérite à forme boutonneuse.*

**La conjonctivité phlycténulaire** présente tout d'abord certaines particularités étiologiques. Elle se rencontre plus spécialement chez des enfants dont l'état général est altéré (scrofuleux, convalescents de maladies infectieuses, rougeole en particulier) atteints simultanément d'autres lésions cutanées impétigineuses. La périsclérite s'observe au contraire bien plus tôt chez l'adulte. Les caractères de la phlyctène aident aussi au diagnostic. Celle-ci est en général périlimbique, plus plate, plus étalée, papuleuse, évoluant rarement isolée ; plus souvent on observe deux ou trois phlyctènes en même temps, avec des lésions de kératite. La conjonctive adhère à la phlyctène dès son apparition, alors qu'au stade de début de la tuméfaction périsclérale la conjonctive peut être mobilisée à niveau.

Enfin un caractère nettement distinct se trouvera dans l'évolution. En 24 à 48 heures, la phlyctène a atteint son apogée pour disparaître en une semaine environ. L'évolution rapide, la photophobie, la sécrétion conjonctivale, la forme et la multiplicité des éléments phlycténulaires permettent un diagnostic aisé.

Beaucoup plus délicat est celui de la **sclérite boutonneuse** et le plus souvent, seule l'évolution vers la suppuration de la périsclérite aiguë en permet le diagnostic.

Dans les premiers jours il ne repose guère que sur des caractères différentiels secondaire. C'est le même aspect de lésion arrondie, fixée dans la profondeur, entourée à sa base d'une aréole rouge vif, et sur laquelle la conjonctive est parfaitement mobile. Peut être la taille de la tuméfaction est-elle un peu plus grande dans la périsclérite purulente, avec réaction conjonctivale plus marquée et une douleur plus vive à la pression au niveau de la lésion,

nuance que seule l'évolution en cinq à six jours affirmera. Alors le pus se collecte, donnant une teinte jaunâtre à la lésion qui s'acumine et adhère à la conjonctive. Les antécédents présentés par le malade (furoncles, plaies suppurées, panaris, poussées fébriles pouvaient faire soupçonner d'ailleurs une localisation staphylococcique).

Dans la forme subaiguë le diagnostic avec la sclérite boutonneuse serait presque impossible sans ces notions étiologiques. Un bon élément de diagnostic en faveur de la sclérite boutonneuse peut être la multiplicité des foyers.

Nous ne ferons que mentionner du fait de sa relative rareté le diagnostic avec l'**épisclérite lépreuse** ; la lenteur de l'évolution, la coloration chamois de la lésion et surtout la coexistence d'autres manifestations de la lèpre, cutanées ou oculaires (kératite, iritis) permettent aisément la dictinction.

**Au stade de suppuration**, le diagnostic peut être difficile avec certains **abcès sous-conjonctivaux d'origine traumatique**. L'aspect de la lésion est en tous points similaire à celui de la périsclérite purulente hémosporique. Seule la notion d'un traumatisme opératoire ou accidentel pose un diagnostic ferme.

Humelsheim a publié ainsi un cas d'abcès sous-conjonctival cliniquement spontané, ayant évolué comme une périsclérite purulente aiguë hémosporique, mais à l'incision il trouva dans le pus un cil qui en pénétrant sous la conjonctive avait inoculé le staphylocoque, cause de la lésion.

De même le diagnostic pourrait se poser avec les **suppurations sous-conjonctivales qui succèdent à une perforation de la coque sclérale de dedans en dehors**, à la suite de panophtalmie hémosporique, mais alors les symptômes oculaires graves qui ont précédé cette perforation ne permettent pas de doute sur l'origine de la suppuration sous-conjonctivale.

Enfin à cette période suppurative il faudra toujours pratiquer un *examen bactériologique* du pus pour y rechercher

le staphylocoque. Ainsi peuvent être éliminés les abcès sous-conjonctivaux d'autre nature, d'ailleurs exceptionnels puisque dans la littérature nous n'en relevons qu'une observation (Cousin en 1920). Il s'agissait ici de trois abcès épiscléraux périlimbiques, développés chez une malade atteinte de septicémie à streptocoques contrôlés par l'hémoculture, et qui simultanément avait présenté des localisations métastiques choroïdiennes. Dans les deux yeux avec atrophie de l'un des globes, dans le pus de ces abcès les recherches bactériologiques montrèrent la présence de streptocoques et l'absence de granulations pigmentaires, démontrant ainsi qu'il ne s'agissait pas d'abcès sous-conjonctivaux développés par perforation de la coque sclérale. Leur aspect clinique se superposait absolument à celui d'une périsclérite antérieure purulente à staphylocoques.

**Dans sa forme subaiguë** la périsclérite staphylococcique pourrait être confondue avec une **gomme sclérale syphilitique.** Mais dans ce cas l'évolution est très lente, peu douloureuse, l'ensemble de la lésion présente une teinte rouge vineuse, les antécédents syphilitiques, les réactions sérologiques et le traitement spécifique amenant une résolution rapide, trancheront le diagnostic, assez aisément.

A un stade plus avancé, l'ulcération gommeuse a des bords taillés à pic, le fond en est sanieux, grisâtre, indolore à la pression avec un stylet. Il ne s'en écoule pas un pus franc et épais mais une sérosité où l'examen bactériologique montre l'absence de staphylocoques.

L'évolution extrêmement progressive et lente, l'indolence absolue, l'aspect de tumeur jaunâtre, arrondie éliminent aisément le diagnostic du **lipome sous-conjonctival.**

Quand au **cysticerque sous-conjonctival,** sa forme bien régulière, sphérique, arrondie, son développement progressif, sa consistance élastique au toucher et son indolence relative permettent de le reconnaître. D'ailleurs s'il subsistait un doute, celui-ci serait levé par l'incision du kyste

d'où s'échappe un liquide clair, contenant parfois une petite vésicule et où l'examen microscopique révèle les crochets caractéristiques du cysticerque.

Nous ne ferons que citer dans les diagnostics possibles de la forme subaiguë le **chancre syphilitique** de la conjonctive. L'adénopathie non douloureuse prétragienne, l'aspect papuleux de la lésion parfois recouverte d'un exsudat grisâtre et surtout la constatation de tréponèmes à l'ultra-microscope sont autant d'éléments de diagnostic.

**A la dernière période de l'évolution**, après ulcération de la conjonctive et issue du pus, le diagnostic se posera avec les autres ulcérations conjonctivales, mais à ce moment l'examen du pus aura montré la présence du staphylocoque. En l'absence de cet élément, il faudra éliminer comme nous avons déjà vu, la gomme syphilitique ulcérée mais aussi la **tuberculose conjonctive,** lésion exceptionnelle au niveau de la conjonctive bulbaire et que ses bords déchiquetés, irréguliers, décollés, la volumineuse adénopathie douloureuse feront reconnaître facilement.

En résumé, le diagnostic de la périsclérite aiguë purulente à staphylocoques est facile dans sa forme normale. L'évolution vers la suppuration en 8 à 10 jours, les réactions inflammatoires, la douleur, les antécédents de manifestations staphylococciques, parfois un léger mouvement fébrile et la couleur de la tumeur, rouge à sa base, jaunâtre au sommet, seront auront autant d'éléments permettant un diagnostic aisé.

## DEUXIÈME PARTIE

## PÉRISCLÉRITE POSTÉRIEURE

### (Abcès épiscléral postérieur à staphylocoques]

### SYMPTÔMES

Nous entendrons par périsclérite postérieure, les abcès localisés dans le tissu épiscléral qui entoure tout le segment postérieur de la sclérotique, dans son segment intra-orbitaire, et dont les réactions de voisinage déterminent des symptômes d'infection orbitaire, de ténonite purulente. Il est d'ailleurs fort difficile, comme l'a dit Morax (1910) de déterminer exactement « si le siège initial de » l'abcès est le réseau épiscléral ou ténonien, mais ce qui » importe c'est que dans la plupart des cas de ce genre, » ce n'est pas une inflammation d'une membrane dans » sa totalité mais un foyer inflammatoire circonscrit ».

Sciaux (1902), dans sa thèse sur les ténonites purulentes, décrit toutes les inflammations suppuratives de la capsule de Tenon, ne les différenciant pas suivant l'agent microbien en cause, et comprenait dans le même cadre des inflammations dues à une inoculation du tissu ténonien de cause externe (traumatisme), ou par contiguité (sinusite) et des ténonites d'origine indubitablement hémosporique, au cours de bactériémies atténuées.

Il y a lieu, à notre avis, de disjoindre de ce cadre général les suppurations localisées d'origine staphylococcique et de les rapprocher des périsclérites antérieures que nous avons décrites.

Comme pour les périsclérites antérieures suppurées, les localisations postérieures se rencontrent chez des malades qui ont présenté dans les jours ou les semaines précédents un petit foyer suppuratif à staphylocoques (plaie accidentelle, furoncle), d'ailleurs le plus souvent guéri ou presque, au moment de l'apparition des manifestations périsclérales.

Le **début** en est brusque, caractérisé par des douleurs périorbitaires et oculaires, aiguës, spontanées, donnant au malade l'impression qu'elles siègent en arrière du globe de l'œil. Ces douleurs sont accompagnées d'irradiations vers les régions sus-orbitaires, et s'accompagnant le plus souvent d'une vive céphalée frontale.

D'autres fois, cette douleur est moins vive, ne donnant qu'une sensation de pesanteur, de tension du globe, permanente, provoquant l'insomnie. La pression au niveau du globe exacerbe cette douleur que le malade localise bien, alors, en arrière du globe. Les mouvements même sont douloureux et de ce fait existe dès cette période une certaine gêne de la motilité du côté malade, gêne qui peut entraîner de la diplopie et oblige le malade à déplacer sa tête d'un bloc afin d'éviter les mouvements brusques des yeux.

Très rapidement, en quelques heures, un ou deux jours au plus, ces phénomènes douloureux s'accompagnent d'une réaction inflammatoire caractérisée par de l'œdème de la paupière supérieure, avec une coloration rougeâtre des téguments palpébraux. La conjonctive bulbaire est le siège d'une légère vascularisation également répartie sur toute son étendue. Peu ou pas de troubles de la vision, en général à cette période, sauf celui que peut entraîner la légère diplopie que nous avons signalée.

**L'état général** est bon. Il peut cependant exister une poussée fébrile dans les jours qui ont précédé la localisation périsclérale ; cette fièvre peut persister au début de l'affection, modérée d'ailleurs aux environs de 38°.

Cette période de début va durer de quatre à cinq jours,

rarement plus et par aggravation progressive des symptômes va se constituer la **période d'état de la maladie.**

A ce moment, les phénomènes douloureux qui étaient au premier plan à la période de début, vont se maintenir à peu près au même stade, et céder la première place aux symptômes inflammatoires.

**Le gonflement palpébral** est dès lors très intense, s'accompagnant d'une coloration rouge foncé des téguments avec dilatation vasculaire sous-cutanée ; mais, comme l'ont bien remarqué Rollet et Sciaux, ce gonflement présente son maximum dans la portion inférieure de la paupière et il subsiste entre le rebord de l'orbite et le bord supérieur de la paupière une zone de un centimètre environ dont la peau reste pâle et moins œdématiée.

La pression du globe est très douloureuse et cette douleur est encore plus marquée lorsqu'on introduit le doigt le plus loin possible entre le globe et le rebord orbitaire pour arriver à pénétrer dans l'orbite. La paupière inférieure est en général beaucoup moins œdématiée que la supérieure, dont le gonflement seul arrive à cacher le globe.

Quand on soulève la paupière, on constate que la réaction inflammatoire de l'espace de Tenon se marque en outre par de l'hyperhémie de la conjonctive bulbaire, et surtout par un **chémosis inflammatoire** très marqué. Ce chémosis débute le plus souvent par le cul-de-sac inférieur mais dans plusieurs observations il est dès le début plus accentué dans un des secteurs de la conjonctive, secteur qui répond au point où quelques jours plus tard viendra se faire jour le pus collecté en arrière du globe ; rapidement, en un à trois jours le chémosis envahit toute la conjonctive, formant un bourrelet péricornéen. Jamais il ne sera tel qu'il puisse recouvrir la cornée, comme on peut le voir dans le chémosis de la conjonctivite gonococcique.

Malgré ce chémosis la sécrétion conjonctivale demeure très modérée.

A cette période d'état vont apparaître ou s'accentuer deux symptômes capitaux de la périsclérite suppurée postérieure :

*L'exophtalmie* et la *diminution de la motilité oculaire.*

**L'exophtalmie** est assez modérée, c'est une exophtalmie axile, partiellement réductible. La recherche de cette irréductibilité provoque une douleur rétro-oculaire très vive.

**La diminution de la motilité oculaire** que nous avons vu être un des premiers symptômes de l'affection va augmenter graduellement. Au début il ne s'agit que d'une légère gêne des mouvements avec limitation surtout accentuée dans les positions extrêmes du regard. Provoquant la diplopie, elle varie avec le siège de l'abcès périscléral postérieur : directe si ce siège est postérieur et externe ; croisée au contraire s'il est nasal. Ce phénomène permet souvent dès lors, vers le sixième ou huitième jour, en s'aidant aussi de la localisation du chémosis, de prévoir en quel point de la conjonctive s'effectuera l'issue du pus. La gêne des mouvements va aller en s'accentuant. Quand la motilité se conserve, la douleur qu'elle entraîne provoque la fixité du globe.

L'examen de l'œil montre une cornée claire, des réactions iriennes conservées et normales, mais il est fréquent d'observer *une certaine baisse de l'acuité visuelle.* Nous verrons que cette baisse peut être temporaire mais le plus souvent elle correspond à une atteinte du nerf optique soit que l'abcès périscléral se développe au contact immédiat du nerf et l'atteigne d'emblée, soit que l'inflammation ayant envahi de proche en proche, les gaines du nerf soient atteintes secondairement. S'il en est ainsi la baisse de l'acuité s'accentue et devient définitive pouvant aller jusqu'à la perte totale de la vision.

Les milieux sont clairs. Le fond de l'œil peut être facilement exploré. Cet examen, comme Panas l'avait déjà constaté dans les ténonites, montre un certain degré d'hy-

perhémie vasculaire, mais il existe surtout *un symptôme très important*, bien que rarement signalé, qui est la présence en un point limité de la rétine d'une **zone bien circonscrite d'œdème rétinien**. A ce niveau la chorio-rétine prend une teinte grisâtre, un aspect flou, au niveau duquel les vaisseaux sont peu apparents, cachés par l'œdème. En comparant cette lésion rétinienne avec celle que certains auteurs ont constatée en regard de la périsclérite antérieure, nous estimons qu'il s'agit d'une réaction rétinienne au niveau de l'abcès périscléral postérieur et permettant de le situer avec exactitude.

Si le nerf optique est atteint, on constate au niveau de la papille, l'aspect caractéristique de la névrite optique infectieuse aiguë, papille à bord flous, légèrement surélevée, avec turgescence veineuse et hémorragies péripapillaires.

Malgré ces symptômes d'inflammation rétro-oculaire, l'état général est bien conservé. Il existe parfois un peu de température aux environs de 38°, mais le plus souvent le malade est apyrétique et seule l'insomnie provoquée par les douleurs nocturnes périoculaires peut altérer l'état général.

*L'examen du sang* pratiqué à cette période montre de la leucocytose avec prédominance de polynucléaires (80 à 90 0/0).

La période d'état que nous venons d'étudier s'étend sur une durée de huit à dix jours, suivie alors d'un stade suppuratif où le pus collecté en arrière, va tendre à s'évacuer vers l'extérieur. Un symptôme de première importance sur lequel ont insisté Rollet et Sciaux dans leur étude de la ténonite purulente, est caractéristique de cette deuxième période. Apparition du pus sous la conjonctive au niveau d'une des insertions d'un muscle droit. L'inflammation conjonctivale devient de plus en plus intense en un point localisé en regard de l'insertion tendineuse d'un des muscles droits, le chémosis augmente à ce niveau et sous la conjonctive on voit poindre une petite tuméfac-

tion jaunâtre, arrondie, puis acuminée, ressemblant à l'abcès sous-conjonctival de la périsclérite antérieure. En un à deux jours l'abcès qui soulève la conjonctive ulcère celle-ci et s'évacue spontanément, laissant écouler des gouttelettes de pus jaune, épais, bien lié, qu'un examen microscopique montre riche en polynucléaires et en amas de staphylocoques (staphylocoques dorés, comme le montre la culture). Si à ce moment on provoque une pression digitale le plus en arrière possible derrière le globe on augmente l'afflux purulent. L'évacuation de cette collection amène rapidement une sédation des symptômes inflammatoires aigus : la douleur cesse presque complètement, le gonflement et la rougeur des paupières diminuent, et l'acuité visuelle, dans les cas favorables, tend vers la normale. Seule subsiste, en général, une altération de la motilité oculaire, mais celle-ci se limite au seul muscle dont la gaine a livré passage au pus. La diplopie demeure donc et est même souvent plus accusée qu'à la période précédente, soit que le globe fut alors entièrement fixé par la douleur, ou que la pupille fut cachée par le ptosis inflammatoire.

Dans les cas favorables, les plus rares d'ailleurs, cette diplopie va elle-même régresser et environ trois semaines à un mois après le début de l'affection, le malade a recouvré une acuité visuelle normale et une motilité oculaire parfaite.

## COMPLICATIONS

Comme nous l'avons déjà exprimé, les complications de la périsclérite postérieure sont d'une extrême fréquence ; certaines font presque partie intégrante de la symptomatologie.

La difficulté pour la collection purulente de s'évacuer vers l'extérieur, l'inflammation qui en résulte au niveau de la capsule de Tenon, le voisinage des tissus orbitaires et surtout le fait que les gaines du nerf optique communi-

quant avec l'espace de Tenon, entraînent des complications sérieuses, le plus souvent définitives.

Parmi celles-ci, les plus graves et les plus fréquentes sont les *paralysies des muscles droits* et la *névrite optique*.

**Paralysie des muscles droits** — Elles font partie de la symptomatologie même. A la période d'état, c'est plus la douleur qui immobilise le globe, qu'une parésie globale des muscles. A la période de régression, la diplopie se marque bien davantage, témoignant de l'atteinte particulière d'un muscle dont la gaine a été envahie par la sécrétion purulente.

Chez un de nos malades (obs. XXXIV) la paralysie du droit externe ne fut que temporaire et la guérison complète se produisit après trois semaines. Il n'en fut pas de même chez les malades de Génet, de Morax et chez celui que nous suivîmes avec notre maître le Dr Dupuy-Dutemps. Le malade de Genet conserva une paralysie définitive du grand oblique, celui de Morax présenta une paralysie du droit interne qu'il conserva jusqu'au moment où d'autres complications obligèrent à l'énucléation. Dans notre cas personnel (obs. XXXIII) succédant à une parésie totale de la musculature extrinsèque, après cinq mois d'observation, il persistait une parésie légère du droit externe.

La pathogénie de ces paralysies n'est pas toujours facile à expliquer. Peut-être s'agit-il d'une névrite infectieuse au niveau des terminaisons nerveuses à leur pénétration dans le corps musculaire, ou bien la paralysie est-elle fonctionnelle, secondaire à une myosite : le corps musculaire baigne dans le pus, qui emprunte la gaine pour fuser vers l'extérieur. Seules de nouvelles observations avec examen anatomo-pathologique pourront trancher la question.

**Névrite optique**. — Cette grave et fréquente complication s'observe à toutes les périodes de l'affection. Précoce, la névrite optique paraît due à une localisation de l'abcès périscléral au voisinage immédiat du nerf, et la baisse de

vision qui s'ensuit est alors un des premiers symptômes observés. Ce fut le cas chez un de nos malades (obs. XLI) qui présenta un abcès vraisemblablement situé dans le nerf optique (comme dans l'observation de Holmes Spicer) qui coïncidait avec le développement d'une périsclérite postérieure, puis d'un abcès périscléral antérieur. Le début de l'affection avait été marqué par une baisse rapide de la vision avec scotome central, puis en quelques heures perte totale de la vision.

L'aspect du fond de l'œil montrait des lésions de névrite optique aiguë avec, dans la région maculaire, une zone d'œdème rétinien. Trois mois après le début de l'affection un abcès intra-cranien à staphylocoques devait entraîner la mort du malade.

Un cas typique de névrite optique survenant à la période d'état a été publié par Rollet (obs. XXXVIII). Il se termina par une atrophie optique et la perte de la vision de cet œil.

L'évolution n'est heureusement pas toujours aussi grave. Panas décrivait dans la ténonite purulente, une congestion des veines rétiniennes et nous-même (obs. XXXIII) avons pu constater chez un malade un aspect ophtalmoscopique de névrite optique, accompagné de baisse de la vision marquée, dont tous les phénomènes régressèrent pour ne laisser subsister qu'une faible diminution de l'acuité visuelle. Outre le pronostic fonctionnel grave de cette névrite optique, elle doit toujours faire redouter, comme dans notre observation citée plus haut, une localisation infectieuse intracérébrale par propagation le long de la gaine du nerf optique.

*D'autres complications* peuvent survenir au cours de l'évolution de la périsclérite suppurée postérieure.

Morax, dans son observation de 1910, signale qu'il fut obligé de procéder à l'énucléation de l'œil malade, à la suite du développement d'un abcès de la cornée coïncidant avec l'abcès périscléral postérieur ; l'abcès scléral, d'après l'examen anatomo-pathologique n'avait cependant envahi

que les couches superficielles de la coque sclérale sans avoir perforé le globe dont l'infection semblait plutôt secondaire au développement de l'abcès cornéen.

Par contre, chez le malade de Feuer, l'inflammation du vitré paraît avoir eu pour point de départ l'abcès périscléral postérieur et cette hyalite aiguë entraîna une rapide atrophie du globe. Primitivement localisée au contact de la sclérotique, l'inflammation peut, de proche en proche, envahir les tissus voisins. Souvent subaiguë, elle provoque une réaction des tissus orbitaires d'où résulte la formation d'adhérences ; une véritable gangue fibreuse peut ainsi se constituer, englobant les vaisseaux, les nerfs et les muscles. Les compressions qui en résultent provoquent alors des douleurs intolérables nécessitant l'énucléation, celle-ci étant d'ailleurs rendue assez délicate du fait d'une véritable symphyse scléroténonienne. L'occasion nous a été donnée d'observer un cas semblable avec notre maître M. le Prof. Terrien, chez un malade qui présentait en outre d'autres localisations suppurées au niveau de la prostate et de la fesse.

En terminant l'étude des complications des périsclérites postérieures, nous devons faire la remarque suivante : aucun des malades dont nous avons relevé l'observation n'a présenté de phlegmon de l'orbite ni de thrombo-phlébite du sinus. L'inflammation a tendance à se développer en avant, le pus s'évacue sous la conjonctive et la barrière opposée à l'infection par les plans antérieurs des tissus cellulaires de l'orbite paraît être suffisante pour éviter ces redoutables complications. Mais cependant il y a peut-être lieu de formuler à ce sujet quelques réserves, car certains phlegmons de l'orbite peuvent avoir pour point de départ une périsclérite postérieure hémosporique passée inaperçue.

## FORMES CLINIQUES

Le tableau clinique le plus fréquent est celui que nous avons décrit.

L'association à une périsclérite postérieure d'un abcès périscléral antérieur constitue ce que nous appelerons la **forme mixte.**

La prédominance des symptômes de périsclérite postérieure aiguë par lesquels débute d'ailleurs l'affection permet de rapprocher cette forme mixte de celle que nous venons de décrire. Elle en a le même début et ce n'est en général que vers le dixième jour de l'évolution qu'apparaît la localisation antérieure à trois ou quatre millimètres du limbe cornéen. Il ne faudrait pas confondre celle-ci avec le petit abcès sous-conjonctival qui pourrait apparaître à cette même période au niveau d'une insertion d'un muscle droit, caractéristique de l'évacuation du pus de la périsclérite postérieure. Il s'agit dans cette forme mixte de deux localisations distinctes de même origine dont la physionomie reste celle de chacune des formes isolées. Le pronostic est alors dominé par celui de la périsclérite postérieure.

## PRONOSTIC

Nous avons vu que le pronostic de la périsclérite antérieure aiguë est en général favorable, l'évolution se faisant vers la guérison dans 72 % des cas.

Il n'en est pas de même pour la périsclérite postérieure, dont le pronostic doit toujours être réservé. Nous avons pu rassembler sept observations se rattachant sans conteste à la périsclérite postérieure : un cas seulement s'est terminé par une guérison complète et définitive, alors que le malade avait présenté au cours de l'évolution de son affection des parésies oculaires et une baisse de l'acuité visuelle ; dans deux cas les paralysies oculaires persis-

tèrent plusieurs mois et purent être considérées comme définitives (paralysie du grand oblique chez le malade de Genet, parésie du droit externe chez un des malades que nous avons observés avec notre maître le Dr Dupuy-Dutemps) ; les quatre autres cas aboutirent à la cécité par atrophie du globe ou énucléation (Feuer, Morax), ou par atrophie du nerf optique (Rollet et nous-même). Notre malade succomba à un abcès cérébral du lobe frontal d'origine staphylococcique, trois mois après le début de l'affection, alors que l'on pouvait considérer comme terminée l'évolution des lésions oculaires.

## DIAGNOSTIC

Le diagnostic positif se fondera sur les symptômes suivants : le chémosis localisé, l'œdème et la rougeur de la paupière supérieure avec limitation de l'œdème à la portion inférieure de celle-ci laissant une zone libre au-dessous du rebord orbitaire, une exophtalmie modérée et partiellement réductible, des parésies oculaires, prédominant au niveau d'un des muscles. Deux signes sont capitaux, l'un rare, mais presque pathognomonique, l'œdème rétinien localisé, l'autre, pour ainsi dire constant, l'apparition du pus sous la conjonctive au niveau de l'insertion sclérale d'un des muscles en général celui qui s'était montré le plus atteint fonctionnellement.

**Au début** le diagnostic différentiel se posera avec une **ténonite séreuse,** mais rapidement l'intensité des symptômes inflammatoires, les paralysies oculaires éliminent cette hypothèse et font prévoir l'existence d'une collection purulente rétro-oculaire.

Il sera de même facile, à cette période prodromique, alors que la douleur est prédominante, d'éliminer le glaucome aigu et l'iritis.

**A la période d'état** deux affections sont particulièrement importantes à éliminer : le *phlegmon de l'orbite et l'ostéo-périostite orbitaire aiguë.*

**Phlegmon de l'orbite.** — L'intensité des symptômes généraux et locaux peut dès le début faire prévoir une invasion des tissus cellulaires de l'orbite. Alors que dans la périsclérite postérieure, l'état général est peu atteint, ici la fièvre, la céphalée, les vomissements attirent de suite l'attention. Un peu plus tard l'inflammation palpébrale est beaucoup plus accentuée, avec un gonflement qui atteint également les deux paupières, s'étendant jusqu'au rebord orbitaire ; le chémosis rapidement envahissant, masque la cornée. Parfois la conjonctive se recouvre de croûtes noirâtres nécrotiques. L'exophtalmie est directe, non réductible, et la recherche de cette réductibilité entraîne des douleurs très intenses.

Au stade suppuratif, le pus va se faire jour sous la conjonctive en un point quelconque, mais en général entre le rebord orbitaire et l'une ou l'autre des paupières. Ainsi, au début seulement le diagnostic pourrait rester hésitant, car rapidement l'intensité des symptômes locaux et généraux viendront trancher le diagnostic.

C'est aussi à l'intensité des symptômes généraux, à la rapidité de l'évolution que l'on reconnaîtra une **thrombophlébite orbitaire,** qui d'ailleurs sera presque toujours précédée par une affection sinusale ou une infection de la face. La rapide bilatéralité dans le cas où la thrombophlébite a atteint le sinus caverneux sera un élément de diagnostic d'importance primordiale.

**Ostéopériostite orbitaire aiguë.** — Cette affection peut aussi être d'origine staphylococcique. Le début en est brutal, avec gonflement particulièrement marqué au niveau de l'une des paupières. Elles prennent une teinte violacée, et peuvent à peine s'entrouvrir. La palpation de la région orbitaire réveille la douleur assez bien localisée et très vive, permettant de sentir un empâtement profond.

Si le foyer siège plus profondément dans l'orbite, en arrière du globe, le diagnostic peut être plus délicat, car il y a alors réaction des tissus orbitaires voisons détermi-

nant de l'exophtalmie. Les caractères mêmes de celle-ci affirmeront le diagnostic, car il s'agit d'une exophtalmie latérale, l'œil étant repoussé de côté par la collection périostée.

La **dacryoadénite aiguë** peut prêter à confusion, quand cette affection prend un caractère phlegmoneux, l'inflammation se prolongeant en arrière provoque une légère exophtalmie et de la parésie du droit externe. Mais à l'examen, le gonflement palpébral externe avec déformation du bord libre en S horizontal, la douleur réveillée par la pression sur la glande, et enfin la vue de la glande tuméfiée, quand on soulève la paupière supérieure, permettront de trancher le diagnostic.

La **panophtalmie** sera facilement diagnostiquée par l'examen du fond de l'œil, toujours possible en cas de périsclérite postérieure, le gonflement palpébral et le chémosis n'étant jamais alors un obstacle à l'examen des milieux oculaires. Il faut cependant redouter l'apparition d'une panophtalmie au cours du développement de la périsclérite (Obs. de Feuer).

Les **sinusites** frontales ou maxillaires seront d'un diagnostic aisé, les céphalées, les douleurs spontanées ou provoquées siègeant au niveau des sinus seront autant de bons éléments de diagnostic.

En résumé, de toutes ces affections, seuls le phlegmon de l'orbite et l'ostéopériostite orbitaire pourraient prêter à confusion surtout dans le premier cas, car l'infection développée au contact de la sclérotique au lieu de suivre sa tendance naturelle, pourrait s'étendre en arrière et déterminer ainsi secondairement un phlegmon orbitaire.

Quant à la **ténonite purulente**, son diagnostic est le plus souvent impossible cliniquement. La plupart des cas de ténonite suppurée staphylococcique nous paraissent rentrer dans le cadre de notre étude, car il est bien difficile de déterminer s'il s'est agi au début d'un abcès localisé, dû à une embolie microbienne des vaisseaux péri-scléraux,

ou à une embolie microbienne des vaisseaux de la capsule de Tenon suivie d'inflammation diffuse. La symptomatologie et l'évolution sont exactement la même dans les deux cas, car presque immédiatement il se produit, en cas de périsclérite postérieure une forte réaction ténonienne ; un seul symptôme permet de déclarer qu'il s'agit bien au début d'une affection localisée : la *zone d'œdème circonscrite de la rétine* sur laquelle nous avons insisté.

**Le diagnostic étiologique** se pose puisque Sciaux cite des cas de ténonites suppurées à pneumocoques. Il se fera essentiellement par l'examen bactériologique du pus, au moment de son apparition sous la conjonctive.

L'absence dans les antécédents de traumatismes de la région orbitaire, de plaies pénétrantes, de sinusite, permet d'éliminer les causes d'infections directes, alors qu'au contraire on retrouve dans les cas de périsclérites purulentes localisées, l'existence de foyers suppuratifs éloignés de la région oculaire, indiquant l'origine sanguine de l'infection périsclérale.

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'évolution normale de la périsclérite antérieure vers la guérison ne permet guère l'examen anatomo-pathologique, les complications résultant de la localisation antérieure de l'abcès n'ayant jamais nécessité l'énucléation de l'œil.

Il n'en est pas toujours de même pour la périsclérite postérieure, ce qui a permis à Morax en 1910 de publier une description histologique très complète d'une périsclérite postérieure compliquée d'abcès cornéen et d'iridocyclite.

Auparavant, Alt, en 1879, avait donné la description histologique d'un cas de sclérite purulente résumé de la façon suivante par Uhthoff en 1883 : « Il trouva les couches de la sclérotique et le tissu épiscléral abondamment infiltré de cellules arrondies ».

En 1908, Pascheff, observant un cas d'abcès sous-conjonctival, pratiqua une biopsie du tissu conjonctival infecté. Cliniquement, le malade de Pascheff paraît avoir présenté une périsclérite postérieure s'extériorisant par la gaine du droit pour constituer un abcès sous-conjonctival. Dans son travail, l'auteur publia deux planches montrant les lésions sous des grossissements différents et relata les constatations suivantes.

Dans son ensemble, l'épithélium conjonctival était plus ou moins infiltré de lymphocytes et de polynucléaires, épaissi par places et très fortement coloré ; en d'autres points, il est aplati. Il existait en outre du pigment en assez grande abondance dans l'épithélium. Le tissu sous-

conjonctival était lui aussi épaissi, envahi par de nombreux vaisseaux néo-formés et infiltré de lymphocytes et de polynucléaires, les fibres de ce tissu étaient très lâches, écartées l'une de l'autre. Au voisinage du centre de l'abcès, le tissu prenait un aspect nécrotique et les polynucléaires se rencontraient en très grand nombre. Outre les polynucléaires neutrophiles l'auteur trouva dans ce tissu inflammatoire des amas de polynucléaires éosinophiles et des mastzellen. Enfin les coupes colorées au Gram ont permis de déceler de très nombreux coccis en amas dans l'épithélium et les tissus sous-jacents.

Cet examen anatomo-pathologique de l'abcès sous-conjonctival ne montre en somme rien de particulièrement caractéristique et ne révèle que des lésions inflammatoires banales.

Plus complète et plus intéressante est la description anatomique de la lésion de périsclérite postérieure présentée par le malade de Morax, qu'une irido-cyclite développée à la suite d'une complication infectieuse cornéenne obligea à énucléer. Nous citerons *in-extenso* la description telle que l'a publiée Morax dans les *Annales d'Oculistique* en juillet 1910.

Le globe oculaire a été fixé dans le liquide de Zenker. On fait des coupes en série dans le plan antéro-postérieur et vertical. L'examen des coupes à un faible grossissement montre de suite les lésions périsclérales mais n'atteignant qu'une certaine région du globe, la région supéro-interne plus spécialement, et d'autre part les lésions de la cornée, de l'iris et du corps ciliaire. La sclérotique ne présente nulle solution de continuité et nulle part la couche moyenne et la couche interne ne sont le siège d'une exsudation cellulaire ou œdémateuse. *Les couches superficielles* présentent par contre une altération manifeste consistant en une dissociation des fibres conjonctives par une infiltration modérée de leucocytes polynucléaires ; il en résulte un épaississement de la paroi du globe et une limitation imprécise de la coque sclérale mais seulement du côté nasal et surtout entre le droit interne et le droit supérieur jusqu'au voisinage du nerf optique. Le nerf lui-même et ses enveloppes ne participent pas nettement à ce pro-

cessus inflammatoire. On y constate néanmoins certaines lésions sur lesquelles nous reviendrons plus loin.

Disons encore qu'au voisinage de la région bulbaire, les fibres du grand oblique sont dissociées par une infiltration de polynucléaires. *A la limite de l'épaississement scléral*, on voit des restes du foyer purulent que l'on reconnaît à l'abondance des cellules polynucléaires serrées les unes contre les autres et dont les noyaux présentent pour beaucoup d'entre elles des signes manifestes de dégénération Les tissus en contact avec ce foyer montrent une congestion avec dilatation extrême de leurs vaisseaux. D'ailleurs, la stase vasculaire est extrêmement accusée dans tout le système vasculaire périscléral.

La conjonctive bulbaire est soulevée par l'exsudat séreux et cellulaire et l'on retrouve la solution de continuité par laquelle le pus s'écoule à l'extérieur. Dans la moitié temporale du globe, les lèsions sont limitées en quelque sorte à ces lésions de congestion et l'on ne trouve pas ces foyers suppuratifs ou inflammatoires épiscléraux.

Si nous passons aux lésions du globe, nous voyons d'une part une ulcération très accusée de la cornée dans sa moitié inférieure ; les couches superficielles des lames de la cornée sont détruites et une infiltration cellulaire intense dissocie les bords et le fond de cette ulcération ; les couches moyennes de la cornée sont moins infiltrées, mais l'infiltration augmente dans les couches profondes et l'on trouve même un véritable abcès central au niveau duquel la membrane de Descemet a été soulevée et rompue. Un amas cellulaire polynucléaire occupe le quart inférieur de la chambre antérieure. L'iris est également infiltré de polynucléaires et un exsudat assez abondant recouvre la région des procès ciliaires. L'infiltration cellulaire du corps vitré dans les parties antérieures est assez discrète ; les membranes profondes sont relativement saines, la choroïde et la rétine semblent même intactes à un faible grossissement. Un examen attentif montre cependant autour des vaisseaux rétiniens de petits amas de polynucléaires. Ces amas sont assez abondants au niveau de l'artère et de la veine centrale de la rétine avant sa sortie de la papille. Cet exsudat est périvasculaire et le calibre des vaisseaux n'en est nullement modifié La papille forme une saillie légère par rapport au plan rétinien par suite d'une faible dissociation œdémateuse des fibres nerveuses. »

Cet examen anatomique est particulièrement intéressant : il montre en même temps les lésions circonscrites

en foyer au niveau de la sclérotique, les staphylocoques charriés par le sang restant fixés au niveau du réseau capillaire péri-scléral sans qu'on ait pu déterminer si le siège initial se trouvait être le réseau épiscléral ou le réseau ténonien. Quoi qu'il en soit, l'infiltration n'a touché que les couches superficielles de la sclérotique n'aboutissant pas à la perforation de la coque sclérale et sans non plus qu'il y ait eu de lésions des membranes profondes par propagation directe de l'infection. La coque sclérale, comme dans les sclérites antérieures, opposant une solide barrière à l'inflammation, l'évacuation du pus se fera vers les régions de moindre résistance, cavité ténonienne puis gaines musculaires avec issue du pus sous la conjonctive. Les amas cellulaires constatés au niveau des membranes profondes se trouvent au voisinage des vaisseaux ; c'est donc là aussi la voie sanguine qui est en cause dans cette localisation.

Une autre constatation peut être faite à l'examen anatomique, c'est celle des lésions du grand oblique. Morax a constaté à ce niveau une véritable dissociation des fibres musculaires due à une infiltration de polynucléaires.

Ces lésions permettent d'expliquer les parésies ou paralysies durables observées à la suite de périsclérites postérieures siégeant au niveau du muscle dont la gaine a été empruntée par le pus s'évacuant vers l'extérieur.

## TRAITEMENT

Le traitement des périsclérites antérieures visera surtout et essentiellement à l'évacuation du pus le plus rapidement possible afin d'éviter l'ulcération trop profonde du tissu scléral.

La majorité des auteurs et nous-même prescrivons à la première période des pansements humides chauds sur la région atteinte, qu'il s'agisse de pansements à l'eau bouillie ou faiblement antiseptisée. Cette thérapeutique favorise la localisation de la collection purulente qu'il faudra ouvrir chirurgicalement dès que l'on remarquera un changement dans la coloration de la tuméfaction périsclérale. A l'aide d'un couteau de Graefe, on incise largement la conjonctive à son niveau et l'on transfixe l'abcès de manière à permettre l'évacuation du pus et l'élimination rapide du bourbillon, spontanément ou par extraction à la pince comme l'a proposé Blatt.

Quelques auteurs (Bachstez, Lamb) cautérisent la cavité de l'abcès à l'aide d'iode ou d'iodoforme ; il ne nous semble pas que cette cautérisation irritante puisse être de quelque utilité. Après incision de l'abcès, on maintient l'œil fermé sous un pansement sec ; dans la majorité des cas, la guérison s'obtient dès lors rapidement.

La thérapeutique abortive par la protéinothérapie (injections du lait, Horay) ou par vaccinothérapie spécifique, que nous avons essayée, ne paraît pas influencer l'évolution et semble être assez inutile ; cependant Mackay dit avoir obtenu par des vaccins la régression d'une périsclé-

rite aiguë sans que celle-ci ait atteint le stade suppuratif.

Si les douleurs du début étaient trop vives, il y aurait lieu de les calmer par des sédatifs généraux et même dans certains cas (Lamb) par la morphine.

L'iritis étant la complication la plus fréquente et la plus à redouter, il nous paraît utile, suivant en cela un certain nombre d'auteurs (Adler, Lamb, Sachsalber, Krämer) d'instiller une fois par jour dans l'œil malade une à deux gouttes de sulfate d'atropine à 3 %, qui amène une sédation des douleurs dues à une certaine irritation ciliaire et empêchera le développement de synéchies, si l'iris est atteint.

Comme dans la périsclérite antérieure, dans la périsclérite postérieure, la thérapeutique de schock ou vaccinale ne modifie pas l'évolution ; nous l'avons employée chez trois de nos malades sans aucun succès. Là aussi l'indication primordiale est l'évacuation de la collection purulente vers l'extérieur afin d'éviter la propagation de l'inflammation en arrière vers le tissu cellulaire de l'orbite.

Au début, les pansements humides chauds ont un effet sédatif sur la douleur et aident le pus à se collecter. Si les phénomènes inflammatoires persistent et avant d'attendre l'apparition de la collection purulente sous la conjonctive, il faudra recourir à une thérapeutique chirurgicale : incision de la conjonctive là où le chémosis plus marqué indique le foyer postérieur, et orbitotomie (Morax, Rollet, Feuer), ouvrant ainsi une large voie à l'évacuation du pus. Outre son intérêt thérapeutique, cette intervention présente un intérêt diagnostic, permettant de vérifier l'intégrité du périoste orbitaire. Feuer place un drain dans l'incision, l'enfonçant en arrière dans la cavité ténonienne au contact du globe.

Cette orbitotomie n'est pas toujours suffisante et n'a pas empêché, chez les malades de Morax et de Feuer, le développement de complications inflammatoires intra-oculaires ayant entraîné l'énucléation dans un cas et l'atrophie du globe dans l'autre.

En résumé, au cours de l'évolution des périsclérites suppurées staphylococciques, l'indication primordiale est l'évacuation précoce de la collection purulente, qui, dans la grande majorité des cas, amène une guérison rapide, tout au moins pour les localisations antérieures.

Bien que nous ayons signalé le peu d'efficacité de la thérapeutique vaccinale, celle-ci doit être tentée, tout au moins comme adjuvant de la thérapeutique chirurgicale.

## ÉTIOLOGIE

Sur l'ensemble des quarante-deux observations de périsclérites suppurées que nous avons rassemblées, dix ne mentionnent pas d'examen bactériologique ; par contre, celui-ci a été pratiqué dans les trente deux autres cas, soit par examen direct sur lame, soit par culture de la sécrétion purulente, l'hémoculture a été pratiquée chez dix malades.

Vingt-quatre fois la culture ou l'examen direct ont révélé la présence de *staphylocoques dorés*, associés dans un cas au pneumocoque (Blatt).

Dans six observations il n'a pas été possible de retrouver l'agent causal au niveau de la lésion oculaire ; seuls de ces cas les deux malades de Menacho n'avaient aucune autre localisation suppurative, alors que dans les cas de Dupuy-Dutemps, de Sandmann, de Velhagen et de Bachstez, de multiples foyers suppuratifs à staphylocoques sont signalés, foyers génito-urinaires (Dupuy-Dutemps, Velhagen) cutanés (Sandmann), et dans l'observation de Bachstez, l'hémoculture même fut positive.

Ces faits tendent à prouver que la localisation oculaire était de même nature, et de ce fait on peut admettre que dans environ 90 % des cas, la périsclérite suppurée est d'origine staphylococcique.

Sur l'ensemble des cas que nous avons relevés, 67 % des malades étaient des hommes et 25 % du sexe féminin, 8 % des observations ne mentionnent pas le sexe du malade. Cette atteinte relativement fréquente du sexe mas-

culin s'explique peut-être par des raisons professionnelles, l'homme étant plus sujet à des traumatismes du fait de son travail.

C'est à l'âge adulte, entre vingt et trente ans, que correspond le plus grand nombre des cas rapportés (52 %), de six à vingt ans 35 % et, au-delà de 40 ans, 13 %.

Sauf pour les malades de Sandmann, de Mackay et de notre observation III (périsclérites antérieures) et de Genet (périsclérite postérieure), on ne retrouve dans les antécédents du malade aucune lésion oculaire, dans les jours ou les semaines précédentes, pas de traumatisme, pas d'infection conjonctivale qui permettent de supposer une inoculation locale.

La conjonctive se montre d'ailleurs particulièrement résistante à l'infection staphylococcique et oppose une barrière efficace à cette infection ; les cas innombrables de staphylococcies palpébrales avec contact presque permanent de pus staphylococcique au niveau de la conjonctive corroborent cette opinion qui reçoit encore une confirmation dans les expériences de Uhthoff ; cet auteur ne put déterminer d'infection conjonctivale après friction de la conjonctive par une culture de staphylocoque. Il en est d'ailleurs de même pour le tissu sous-conjonctival, où l'inoculation des germes virulents au niveau d'un tissu conjonctif indemne ne détermine qu'une légère inflammation ou de petits abcès de résorption rapide.

Ce n'est donc pas par une inoculation directe que se constituent les périsclérites suppurées, il faut admettre qu'il s'agit là d'une localisation hémosporique d'une staphylococcie atténuée, type des bactériémies d'accompagnement, décrites par Gastinel et Reilly au Congrès de Médecine de 1927, dont le foyer initial se trouve à distance du foyer périoculaire.

Ce foyer initial peut être très variable ; la *furonculose* occupe la première place, elle se rencontre dans 30 % des cas, en second lieu viennent les lésions cutanées suppuratives (panaris, plaies traumatiques ou opératoires in-

fectées), l'ensemble représente 24,5 % des cas totaux se décomposant ainsi : plaies traumatiques, 5 cas ; panaris, 3 cas ; plaies opératoires, 2 cas.

L'infection puerpérale qui est la cause la plus fréquente des localisations hémosporiques streptococciques intra-oculaires ne se rencontre qu'exceptionnellement dans l'étiologie des périsclérites, nous ne l'avons retrouvé que dans deux observations (cas de Feuer et de Braïlowski) et encore le contrôle bactériologique manque dans ces observations et seule l'évolution permet cliniquement de soupçonner leur nature staphylococcique.

Trois fois, soit dans 7,5 % des cas, le foyer initial parut être une infection rhino-pharyngée, c'est d'ailleurs à des infections du pharynx, passées inaperçues, qu'il faut peut-être attribuer des périsclérites suppurées dont le point de départ ne peut être reconnu.

De ce foyer infectant le staphylocoque emprunte la voie sanguine, mais ce passage des germes dans le sang est éphémère, se faisant vraisemblablement par décharges successives ; il ne s'agit donc pas de véritables septicémies avec contamination durable du sang et signes d'intoxication générale, mais plutôt comme nous le disions plus haut de bactériémie d'accompagnement.

Cet état explique la possibilité des légers mouvements fébriles passagers que plusieurs auteurs et nous-même avons pu observer, il rend compte aussi de la rareté des résultats positifs de l'hémoculture ; pratiquée dans huit cas de périsclérite et par Michaïl dans un cas d'abcès sous-conjonctivaux hémosporiques de la paupière, sept fois les hémocultures furent négatives ; seuls Bachstez et Michaïl ont obtenu des résultats positifs, sans observer chez leurs malades ni de décès ni même d'état particulièrement grave, aussi nous ne tenons compte de ces résultats qu'en faisant les plus grandes réserves.

Il s'écoule en général un certain laps de temps entre l'apparition du foyer initial et celle du foyer périoculaire ; il est souvent difficile d'apprécier avec exactitude cette

période et l'on ne peut prendre pour base que les cas où le foyer primitif a été accidentel ou unique (*plaies, tourniole, panaris*); dans ces conditions la période d'intervalle est le plus souvent de quinze jours à trois semaines, mais certains auteurs ont observé des périodes de quelques jours, beaucoup plus rarement de plus d'un mois.

Quoi qu'il en soit, partis du foyer initial, les staphylocoques transportés par voie hématique, atteignent les artères ciliaires pour se fixer au niveau du réseau périlimbique en avant, épiscléral en arrière ; c'est presque toujours en un point correspondant à la pénétration intrasclérale des artères ciliaires antérieures que se développe l'abcès. En l'absence de pièces anatomiques, il est difficile, pour ne pas dire impossible, de déterminer exactement au niveau de quels vaisseaux se fixe en arrière l'embolie microbienne, ni la cause de cet arrêt en ce point.

La structure du réseau épiscléral péricornéen, constitué par une série d'arcades où la circulation sanguine se ralentit, peut être, pourrait prédisposer à l'arrêt à ce niveau de staphylocoques, mais seules les raisons purement anatomiques ne peuvent expliquer cette localisation. Il existe un contraste frappant entre la fréquence des affections staphylococciques cutanées et des bactériémies à staphylocoque avec localisations hémosporiques diverses, et la rareté des localisations périsclérales qui devraient être beaucoup plus communes si, seules, des raisons anatomiques étaient en jeu. Il nous paraît vraisemblable qu'il existe une prédisposition due peut-être à la toxine staphylococcique celle-ci provoquant des lésions locales dégénératives semblables à celles que George et Giroire ont décrites dans certaines formes de staphylococcémies, ou à celles dont Weekers admet l'existence dans la préparation du terrain pour l'étiologie tuberculeuse des phlyctènes oculaires. Enfin il y a peut-être un véritable tropisme tissulaire, qui, commun pour les tissus cutanés ou les organes rénaux, serait rare pour les tissus périscléraux

ou oculaires, ce qui expliquerait le petit nombre de ces localisations.

Nous verrons cependant, dans nos recherches expérimentales, que nous n'avons pas pu démontrer ce tropisme chez des lapins inoculés avec des cultures de staphylocoques provenant de localisations périsclérales humaines.

## CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LES INFECTIONS OCULAIRES STAPHYLOCOCCIQUES

La périsclérite aiguë suppurée est une des manifestations les plus caractéristiques de l'infection oculaire par le staphylocoque.

En effet, à l'encontre du streptocoque ou du pneumocoque, dont la localisation au niveau des tissus oculaires présente un caractère particulièrement malin avec, le plus souvent, évolution vers la perte de la vision. Le staphylocoque, là comme ailleurs, provoque généralement des lésions nécrotiques suppuratives mais circonscrites et sans grande tendance à l'envahissement, parfois même d'évolution lente, traînante pouvant faire penser à une lésion froide et dont le pronostic est relativement favorable.

Les foyers localisés de suppuration d'origine hémosporique staphylococcique peuvent se rencontrer au niveau de tous les tissus oculaires ou périoculaires, et nous citerons, parmi les observations de ce genre les plus caractéristiques, celle de Schanz (abcès de l'iris), de Holmes Spicer (abcès du nerf optique), d'Axenfeld (abcès choroïdien), ainsi que les abcès sous-conjonctivo-palpébraux de Michaïl.

Le malade de Schanz présenta, quatre jours après l'apparition d'un furoncle à la tempe droite avec abcès sous-aponévrotique, une métastase au niveau de l'iris gauche. Cette localisation apparaissait au début comme un nodule placé au devant du quadrant externe, sans

que la présence de ce nodule influe sensiblement sur la motilité irienne. Assez rapidement, ce nodule jaunâtre s'ouvrit dans la chambre antérieure; Schanz, après ponction évacuatrice, fit un lavage de la chambre antérieure, à l'aide d'une solution d'argent colloïdal. La guérison s'installa rapidement avec une diminution de 50 % de l'acuité visuelle mais avec un œil calme et sans réaction douloureuse.

Le pus prélevé par ponction montra la réalité d'une localisation staphylococcique car on y trouva le même germe qu'au niveau des localisations cutanées.

De cette observation on peut rapprocher celle de Krüchmann qui vit, au cours d'une septicémie consécutive à un phlegmon staphylococcique, se constituer un iritis avec hypopyon. La septicémie emporta le malade, mais, au moment de la mort, l'iritis évoluait vers la guérison.

Dans l'observation d'Holmes Spicer, il s'agissait d'un malade atteint de furonculose dont l'affection oculaire débuta par les douleurs frontales et sourcilières, et par une brusque baisse de la vision avec scotome central. A l'examen du fond de l'œil, on constatait une masse blanchâtre arrondie au contact de la papille, avec troubles vasculaires (nombreuses hémorragies péripapillaires). On pensa d'abord à la présence d'un kyste parasitaire. La douleur persistant très vive, on fut obligé de pratiquer l'énucléation. A l'examen anatomo-pathologique, on constata la présence d'un véritable abcès localisé à la papille du nerf optique avec forte infiltration polynucléaire et au centre des amas de coccis identifiés morphologiquement avec des staphylocoques.

Au niveau de la choriorétine, les cas les plus typiques sont ceux d'Axenfeld, avec étude anatomique et bactériologique de la lésion, et celui de Colomb et Muller.

Chez les malades d'Axenfeld, l'évolution fut subaiguë par un trouble visuel puis, 17 jours plus tard apparut une iritis modérée avec hypopyon ; des douleurs vives s'étaient manifestées. On pratiqua le 27e jour l'énucléa-

tion, ce qui permit de constater bactériologiquement et anatomiquement la présence d'un abcès choroïdien circonscrit siégeant du côté nasal.

Chez le malade de Colomb et Muller, l'évolution fut plus favorable ; à la suite d'une fausse-couche, la malade présenta une bactériémie avec localisation purulente au bras ; cette collection incisée montra, comme dans les lochies, la présence de staphylocoques dorés ; le septième jour de l'infection, atteinte oculaire caractérisée par des douleurs péri-orbitaires de l'hyalite, de l'iritis avec injection sclérale très intense. Après une semaine, les phénomènes oculaires évoluèrent vers la guérison que l'on put considérer comme complète au bout de sept semaines. La vision fut partiellement récupérée et l'examen ophtalmoscopique montra des lésions cicatricielles dans la région péripapillaire sous forme de plaques grisâtres proéminantes dans le vitré.

Plus voisin encore des cas qui font l'objet de notre travail est celui observé en 1924 par Michaïl Il s'agissait d'une femme de 28 ans qui, trois jours avant le début de l'affection oculaire, présentait un état fébrile avec température oscillant entre 38 et 39 et que l'on rapporta à une rhino-pharyngite. L'affection oculaire se manifestait par une très forte hyperhémie de la conjonctive palpébrale ; celle-ci était turgescente et parsemée de petits nodules grisâtres, proéminents, de la taille d'un grain de mil. La biopsie de ces nodules et leur inoculation au lapin montra qu'il s'agissait de petits abcès à staphylocoques dorés. L'hémoculture fut positive au dire de l'auteur, et malgré cette septicémie, l'évolution générale et locale de la maladie fut favorable, la guérison complète ayant été obtenue en deux semaines.

Nous voyons donc par ces quelques exemples que les lésions staphylococciques se présentent presque toujours avec ce caractère fondamental d'être et de rester bien nettement limitées et que, seule, la localisation au niveau des tissus « nobles » de l'œil entraîne un pronostic grave. Ici,

l'atteinte fonctionnelle liée au siège même de la lésion domine le pronostic. Nous avons d'ailleurs fait ressortir ce fait en opposant la gravité relative de la périsclérite aiguë postérieure, et la bénignité de la périsclérite antérieure.

## RECHERCHES EXPÉRIMENTALES

Dans son rapport à la Société Française d'Ophtalmologie sur les irido-choroïdites des affections aiguës, Dupuy-Dutemps signalait les diverses recherches expérimentales poursuivies, celles de Marchand, Panas, Stock, Rados, Wojciechowski, qui, avec des injections intra-veineuses de microbes divers, entre autres du pyocyanique, étaient parvenus à obtenir des localisations intra-oculaires de l'infection.

En 1913, Fava reprit ces expériences avec du pneumocoque ; se servant d'une culture atténuée de ce microbe, il l'injecta à un lapin par voie intra-veineuse, puis l'isolant à nouveau du sang de cet animal, il fit trois passages par inoculation directe dans l'œil du lapin. Ayant ainsi créé une race de pneumocoques cultivés électivement dans les milieux oculaires, il en injecta des cultures par voie intra-veineuse à cinq lapins. Deux ne présentèrent pas d'accidents ; chez l'un apparut un abcès de la paupière ; les deux derniers firent une panophtalmie à pneumocoques, sans aucun traumatisme local, panophtalmie à point de départ chorio-rétinien comme l'ont montré les examens anatomo-pathologiques.

Ce sont ces expériences de Fava qui nous ont donné l'idée de reproduire expérimentalement des abcès scléraux métastatiques en suivant à peu près sa technique. Nous avons pu les exécuter dans le laboratoire du service d'Ophtalmologie de l'hôpital Lariboisière, grâce à l'aimable accueil que nous y a réservé notre maître, le Dr Morax.

Prenant comme souche une culture de staphylocoques dorés provenant du pus d'un abcès métastatique de l'aiselle d'un malade qui présentait en outre une localisation périsclérale postérieure de même nature, nous avons repiqué cette souche en bouillon ascite le 18 mai 1927. Cette culture sur bouillon fut sortie de l'étuve le 20 mai pour en atténuer un peu la virulence. Trois jours plus tard, nous avons inoculé un premier lapin (lapin n° 1). L'inoculation fut pratiquée sous la conjonctive avec 3/10 de $cm^3$ de culture ; cette inoculation fut faite au niveau de l'œil droit vers 11 h.

*25 mai* : il se développe au point d'inoculation un abcès sous-conjonctival de la taille d'un gros pois, abcès qui s'est ouvert spontanément à la conjonctive, donnant issue à un pus épais et blanchâtre. Autour de cet abcès, il existe une forte réaction conjonctivale avec chémosis et agglutination des paupières ; l'examen du pus montre la présence de staphylocoques dorés. L'abcès est ponctionné à l'aiguille, quelques gouttes de pus et la sérosité sont réinoculés dans le tissu sous-conjonctival de l'œil gauche.

*27 mai* : Aucune réaction au niveau de l'O. G.

O. D. L'abcès s'est développé et a envahi en largeur et en profondeur le tissu scléro-conjonctival avec tendance de la nécrose de ses tissus. Le pus de cet abcès est réinoculé au même point de l'œil gauche et ensemencé sur gélose.

*30 mai* : L'ensemencement du 27 donne des cultures pures de staphylocoques.

Aucune réaction de l'O. G.

O. D. Très forte réaction conjonctivale, avec infiltration diffuse de tout le segment supérieur de la cornée, trouble qui siège sur toute son épaisseur ; hypopyon de 3 mm.

On pratique une troisième inoculation de l'O. G. dans les mêmes conditions que précédemment.

*4 juin* : O. G. Légère vascularisation locale mais il ne s'est développé aucune collection purulente. Au point d'inoculation, la conjonctive est le siège d'une légère induration.

A l'O. D. la lésion est de plus en plus importante avec sphacèle du tissu conjonctival et scléral s'étendant jusqu'à la cornée qui est le siège d'une infiltration purulente de tout son segment supérieur. La chambre antérieure est pleine de pus.

Le pus de l'abcès montre toujours du staphylocoque par frottis et culture.

On pratique une quatième inoculation de l'œil gauche.

*7 juin* : Pas de réaction de l'O. G.

On prélève au niveau de l'O. D. un quart de cm³ de pus à la pipette. Ce pus est immédiatement réinoculé sous la conjonctive de l'O. G. à XII h.

*9 juin* : Induration au point d'inoculation.

Le pus inoculé paraît être en voie de résorption ; il n'y a pas formation d'abcès.

*10 juin* : Le pus inoculé est complètement résorbé ; il ne reste plus qu'une vascularisation locale.

On inocule au même point 1/10 de cm³ de culture de staphylocoques provenant d'un ensemencement du 4 juin.

*12 juin* : O. G. Il se développe au point d'inoculation un abcès de la taille d'une lentille, à 3 mm. du limbe.

La collection purulente fait saillie sous la conjonctive et présente exactement les caractères des abcès périscléraux observés chez l'homme.

Léger trouble de la portion limbique de la cornée.

A l'O. D. le segment antérieur est presque entièrement sphacélé.

*14 juin* : O. G. L'abcès s'est ouvert laissant s'écouler une goutte de pus. Infiltration cornéenne diffuse de tout le segment supérieur de la cornée.

On prélève un peu de ce pus pour l'inoculer sous la conjonctive de l'O. D. d'un lapin n° 2. Ce lapin meurt dans les heures suivantes, avant qu'aucune réaction locale ne se soit manifestée.

*15 juin* : Inoculation sous-conjonctivale du pus de l'abcès de l'O, G. (lapin n° 1) sous l'O. D. d'un lapin n° 3, 3/10 de cm³.

*17 juin* : Lapin n° 3. Petite induration au point d'inoculation mais sans réaction vasculaire. On pratique au même point une nouvelle inoculation avec le pus de l'œil gauche.

*20 juin* : Lapin n° 3. O. D. aucune réaction.

Inoculation au même point de 2/10 de cm³ de culture de staphylocoques provenant de l'abcès de l'O. G. du lapin n° 1.

*22 juin* : Lapin n° 3. Il s'est développé un abcès sous-conjonctival avec forte réaction locale et infiltration très marquée de la cornée. Le pus de cet abcès est prélevé à la pipette. On en inocule 3/10 de cm³ sous la conjonctive de l'O. G.

*25 juin* : Lapin n° 3. O. D. Sphacèle de la conjonctive et du tissu scléral. Envahissement purulent de tout le segment antérieur avec tendance à la fonte purulente de l'œil.

O. G. Abcès sous conjonctival et épiscléral. Sécrétion conjonctivale purulente très abondante et infiltration du segment supérieur de la cornée. On ensemence sur gélose le pus de cet abcès.

Lapin n° 1 : L'abcès de l'O G. est complètement guéri et ne se marque plus que par un léger épaississement local de la conjonctive.

*4 juillet* : Lapin n° 3. O. G. L'abcès épiscléral est bien localisé et ne paraît pas avoir tendance à se développer ; l'infiltration cornéenne reste la même.

La culture du pus de cet abcès s'étant bien développée (staphylocoque pur), on en prélève pour pratiquer à ces trois lapins des injections intra-veineuses dans la veine marginale de l'oreille.

Lapin n° 4, reçoit 2/10 de cm³.

Lapin n° 5, reçoit 5/10 de cm³ et l'on pratique avec une pince un écrasement du tissu sous-conjonctival et épiscléral.

Lapin n° 6, reçoit 5/10 de cm³.

*5 juillet* : Les lapins n°s 5 et 6 sont morts de septicémie staphylococcique dans la nuit ; l'ensemencement sur bouillon et gélose du sang du cœur prélevé aseptiquement montre ïa présence à l'état de pureté du staphylocoque. Pas de lésions oculaires.

*8 juillet* : Le lapin n° 4 présente des symptômes d'une septicémie avec parésie du train postérieur, sans localisations oculaires.

Au cours de la nuit, décès.

Lapin n° 3. O. G. L'abcès sous-conjonctival est en bonne voie de guérison.

*En résumé*, nous pouvons déduire de ces expériences que le tissu périscléral est particulièrement résistant à l'infection staphylococcique sauf avec des cultures pures. La plupart de nos réinoculations effectuées cependant à l'aide de pus riche en staphylocoques ont échoué; le pus s'est rapidement résorbé avec un minimum de réaction locale. Pour arriver à provoquer un abcès, nous avons toujours été obligé d'injecter des cultures sur bouillon, sauf pour le 4e passage où l'inoculation de 3/10 de cm³ de pus d'un abcès périscléral provoqua le développement d'un abcès semblable et dont les symptômes à évolution vers une guérison complète rappelaient ceux de la périsclérite antérieure aiguë humaine. L'examen anatomo-pathologique de cet œil après guérison de l'abcès, ne montrait qu'une très légère infiltration du segment moyen de la cornée vers le limbe.

Mais la virulence du staphylocoque inoculé par injection intra-veineuse ne nous a pas permis de réaliser ce que nous espérions, la localisation au niveau du tissu périscléral de staphylocoques, nos animaux d'expériences ayant rapidement succombé à une septicémie généralisée.

# OBSERVATIONS

## I. — PÉRISCLÉRITES SUPPURÉES ANTÉRIEURES

### Observations personnelles ou inédites

**Obs. I.** — (*Service du* Dr Morax. Obs. 171972).

O... Boris, âgé de 32 ans, manœuvre, consulte à la Salpêtrière vers le 15 janvier 1926 pour de la céphalée, des douleurs dans le côté et le flanc gauche. Lors de cet examen, on ne trouve aucun symptôme permettant un diagnostic précis, on songea à un début de tuberculose et l'on conseilla au malade le repos. Il cessa alors son travail.

Jusqu'à cette époque, le malade était bien portant et l'on ne découvre dans ses antécédents qu'une crise de diarrhée quelques semaines auparavant, mais surtout vers le 15 décembre, le malade s'est blessé au cours de son travail, petite plaie de l'éminence thénar gauche, qui aurait suppuré et aurait nécessité une incision de la petite collection purulente locale, à la suite de cette incision, la plaie s'était rapidement cicatrisée.

Vers le 20 janvier apparaissent les premiers symptômes oculaires se traduisant par une douleur au niveau du globe oculaire gauche, bientôt suivie du développement d'une petite tuméfaction située un peu au-dessous du limbe cornéen.

Le malade est alors envoyé en consultation à l'hôpital de la Pitié où le Dr Coutela diagnostique un abcès de la sclérotique et en pratique l'incision au thermo cautère. Il s'écoule un pus épais, verdâtre. Lors de l'examen, on constate une légère réaction conjonctivale de voisinage.

Le malade est dirigé pour hospitalisation sur l'hôpital Lariboisière où il entre le 27 janvier dans le service du Dr Morax.

Examen le 27 janvier.

*O. G.* Petite tuméfaction sous-conjonctivale de la taille d'un pois, adhérente à la sclérotique, située à 3 mm. du limbe, entre VI et VIII h. Le centre est de coloration verdâtre, entouré d'une aréole rouge. La conjonctive qui adhère à la périphérie est un peu hyperhémiée surtout dans sa portion interne. Pas de réaction des conjonctives palpébrales et pas de sécrétion. La pression au niveau de la tuméfaction ne détermine aucune douleur. Il n'y a pas de réaction du ganglion pré auriculaire.

V. O. G. : 5/5. Le fond de l'œil est normal. On ne constate aucune réaction rétinienne en regard des lésions sclérales.

Réflexes iriens normaux.

On procède alors à une nouvelle incision de l'abcès périscléral. Il s'écoule un pus, verdâtre, d'aspect bourbillonneux. Les frottis et les cultures sur gélose ascite montrent la présence à l'état de pureté de staphylocoques dorés.

L'état général du malade est assez altéré ; amaigrissement, pâleur, température oscillant entre 38°5 et 39°.

*28 janvier :* température : 39°6.

*29 janvier :* température : 40°.

Etat oculaire sans changement ; il s'écoule toujours un peu de pus par l'incision.

Appareil respiratoire : submatité du sommet droit avec augmentation des vibrations sans bruits surajoutés.

Appareil digestif : rien à signaler. La palpation de l'abdomen ne réveille aucune douleur.

Examen des urines : urines normales.

Le malade accuse spontanément une douleur au niveau de la fosse lombaire droite. La palpation accuse cette douleur plus vivement à l'angle costo-vertébral et provoque une certaine résistance musculaire. En avant, la palpation du rein n'est pas douloureuse.

Une hémoculture est pratiquée alors que la température atteint 39°8. Cette hémocultnre demeure négative.

*30 janvier :* état général sans changement.

L'écoulement purulent diminue et l'on peut détacher du centre de la lésion un véritable bourbillon qui montre alors le fond de la lésion d'aspect grisâtre et bourgeonnant, les bords en sont taillés à pic.

Les jours suivants, le température se maintient à 38° et 39°5.

Numération globulaire : 4.600.000 globules rouges, polynucléose importante ; 90 polynucléaires, 1 grand mono, 9 lymphocytes.

*2 février* : En présence des symptômes présentés, on songe à la coexistence d'un phlegmon périnéphrétique droit et le malade est envoyé pour intervention dans le service du Dr Marion.

*5 février :* Incision de la collection périnéphrétique droite. Il s'écoule environ un 1/2 litre de pus verdâtre bien lié entourant un magma de tissus sphacélés.

Les frottis et la culture de ce pus montrent la présence de staphylocoques dorés.

A la suite de cette intervention, l'état général s'améliore légèrement, la température descend aux environs de 38°.

Au niveau de l'abcès épiscléral, grande amélioration ; le bourbillon s'est éliminé, il demeure une excavation cratériforme d'un millimètre environ de profondeur à fond grisâtre entourée d'une petite réaction conjonctivale.

*10 février :* Nouvelle ascension de la température malgré le bon drainage du phlegmon périnéphrétique.

On pratique alors une série d'injection de Propidon. *Du 26 février au 6 mars*, la température oscille entre 38° et 38°5. On pense alors à l'existence d'une autre collection périnéphrétique à gauche.

*6 mars :* Incision du côté gauche, on trouve une importante collection purulente (400 cm³ environ).

La température revient alors à 37°5 et 38°, mais l'état général est très altéré ; amaigrissement considérable.

*12 mars :* La lésion sclérale est complètement cicatrisée. Il ne subsiste plus localement qu'une tache grise ardoisée recouverte par la conjonctive mobile à sa surface ; aucune réaction conjonctivale.

Bien que la température soit normale, le malade présente un état de cachexie très marquée.

Le 16 mars, le malade meurt.

A l'autopsie on trouva, outre les lésions de phlegmon périnéphrétique un abcès du rein.

**Obs. II.** — *(Service du* Pr Terrien) *(Hôtel-Dieu).*

Mlle L .., Maria, âgée de 22 ans, employée de bureau.

Le 31 octobre 1926, après un retard de règles de 15 jours (la malade est ordinairement mal réglée) elle présente une abondante métrorragie. Elle consulte un médecin qui ne pratique ni curettage ni curage, prescrit des injections de sublimé et de permanganate de potasse.

La malade nie toute manœuvre abortive.

*Le 1er novembre.* Fièvre, température à 40° avec subdélire le soir.

*Le 2 novembre*. Température 39°. Meilleur état général.

Les jours suivants, la température se maintient entre 37°5 le matin et 38°5 le soir, sans localisations de l'infection.

*Le 6 novembre*, en se réveillant la malade ressent une douleur très vive au niveau du pied droit, douleur surtout marquée dans la marche et les mouvements du pied, œdème local et rougeur de la peau localisée au bord externe.

En même temps, douleur vive au niveau de l'œil gauche qu'elle compare à des piqûres d'aiguilles, photophobie très intense. Le globe est très rouge surtout dans sa portion externe. Pas de troubles de la vision.

*7 novembre*. Augmentation de la douleur oculaire qui empêche le sommeil. Tout le centre de la conjonctive est hyperhémié. On remarque une petite tuméfaction localisée rougeâtre au niveau du limbe, vers 11 h. Pas de troubles de la vision, mais il faut noter que la malade est amblyope congénitale de l'œil gauche.

Au niveau du pied droit, mêmes symptômes que la veille. La température est de 37°5.

La malade est alors dirigée par son médecin vers le service d'ophtalmologie de l'Hôtel-Dieu, où elle est hospitalisée salle Daviel le 8 novembre 1926.

Dans les antécédents héréditaires, rien à signaler.

Dans les antécédents personnels, aucune maladie importante ; rougeole et varicelle dans l'enfance ; mais depuis le mois de juin, *elle présente de la furonculose*, furoncles du dos, des fesses, des cuisses ; il existe encore, lors de son entrée, un furoncle en évolution au niveau de la fesse droite.

*9 novembre. Examen oculaire.*

O. G. Photophobie très marquée. Grosse hyperhémie de toute la conjonctive bulbaire. Dila ation très marquée des vaisseaux conjonctivaux en haut et en dehors, injection périkératique étendue à tout le limbe. Sous la conjonctive, on observe une dilatation des vaisseaux scléraux.

Au contact du limbe, entre 1 h. et 2 h. on voit une petite tumeur qui soulève la conjonctive, y adhérant et fixée dans la profondeur au tissu scléral ; elle paraît s'être développée dans le tissu épiscléral ; De forme arrondie, elle fait une saillie de 2 à 3 millimètres ; elle a la taille d'un petit pois. Sous la conjonctive rouge, elle paraît de teinte jaunâtre surtout marquée à son sommet acuminé et la pression à son niveau réveille une vive douleur.

La cornée est normale, transparente. La chambre antérieure est normale. L'iris réagit bien à la lumière et à l'accommodation.

Les milieux sont transparents. Le fond de l'œil est normal. La motilité est normale.

V. O. G. Amblyopie congénitale par forte hypermétropie + 10. La vision est de 1/10 avec (0° — 2) + 9.

V. O. D. : 10/10 sans correction.

*Examen général*. Gros furoncle de la fesse droite.

Au niveau du pied droit, en avant de la malléole externe, sur le bord externe et la partie supérieure du pied, on constate une traînée rouge avec douleur à la pression à ce niveau, et, le long des gaines tendineuses, œdème péri-malléolaire surtout marqué en avant. Les mouvements du pied sont douloureux.

Appareil génito-urinaire : urines normales. La malade présente encore une légère métrorragie.

Température : 37°8.

On pratique une hémoculture qui resta négative.

Ponction de l'abcès épiscléral. On arrive dans une petite poche où l'aiguille se meut librement et on ne peut que retirer une gouttelette d'un pus épais qui est ensemencé aussitôt sur gélose ascite et sur bouillon. Deux jours après, la culture montre des colonies de staphylocoques dorés à l'état de pureté.

*10 novembre*. Même aspect de l'abcès épiscléral. Il tend cependant à empiéter sur la partie marginale de la cornée.

On pratique alors une injection de 1/4 de $cm^3$ de vaccin antistaphylococcique et l'on instille une goutte d'atropine dans les culs-de-sac conjonctivaux.

*11 novembre*. La saillie de l'abcès est plus importante. Il a pris une teinte jaune citron. L'hyperhémie s'est localisée au voisinage de l'abcès et la douleur a presque disparu.

Par contre, la douleur est plus vive au niveau du cou-de-pied droit où les phénomènes inflammatoires sont plus marqués. Le furoncle de la fesse s'est ouvert spontanément.

On décide alors d'inciser l'abcès épiscléral, ce qui permet l'expression d'un bourbillon jaunâtre que l'examen microscopique montre formé de polynucléaires et de staphylocoques en petits amas.

Localement, il demeure une petite ulcération creusée en entonnoir. En explorant avec un stylet cette ulcération on constate que les bords en sont décollés sur un diamètre de 2 millimètres. Le tissu scléral est légèrement érodé, sans perforation sclérale.

Injection de 1/2 $cm^3$ de vaccin.

*14 novembre*. L'aspect scléral est à peu près complètement cicatrisé. Il ne demeure plus qu'un petit bourrelet conjonctival avec un peu de vascularisation à son niveau.

L'inflammation au niveau du pied prend plus d'extension. La température est de 37°5.

Stock-vaccin à dose progressive.

*17 novembre*. La cicatrice de l'abcès épiscléral prend en son centre une teinte grisâtre.

Au niveau du pied, l'inflammation se localise et il se constitue un abcès sous-cutané.

*20 novembre*. On incise l'abcès du pied droit ; il s'écoule un pus épais, jaunâtre où la culture montre la présence de staphylocoques dorés.

*30 novembre*. Exeat. Guérison complète. Il ne demeure plus qu'une teinte grisâtre au niveau de la cicatrice de l'abcès témoignant d'un léger amincissement de la sclérotique.

**Obs. III.** — (*Service du* Dr Morax, *Hôpital Lariboisière*). (Obs. 42704).

B... Charles, âgé de 65 ans, employé, consulte pour une conjonctivite datant de 9 mois.

Hyperhémie conjonctivale de l'œil droit. Larmoiement, sensation de pesanteur et de brûlure.

Au premier examen, on constate une vascularisation des conjonctives bulbaires et palpébrales moins marquée à l'œil gauche. Sécrétion très modérée. V. O. D. G. : 5/7,5.

Même état pendant une semaine. A ce moment, apparition d'une tuméfaction au lieu où devait se produire l'abcès.

Le lendemain, formation d'un abcès épiscléral. La sécrétion est modérée. La vascularisation conjonctivale est plus marquée.

Un peu au-dessous de la cornée de l'O. D. faisant légèrement saillie sous la conjonctive, on voit un petit abcès de 1 cm. sur 1 cm. qui tranche par sa teinte blanc-gris sur la teinte rouge de la conjonctive.

Deux jours après, l'abcès est très apparent. Incision. Examen du pus, frottis et culture. Cocci vraisemblablement staphylocoques.

En quelques jours, la lésion diminue, se limite. Pas de photophobie.

Quinze jours plus tard, l'œil présente un peu d'injection et on constate au siège primitif de la lésion une petite tache blanche, légèrement saillante, vers VI h. à 2 mm. du limbe.

Un mois plus tard, guérison complète.

## II. — PÉRISCLÉRITES AVEC CONSTATATION DE STAPHYLOCOQUES DANS LA LÉSION

**Obs. IV.** — Adler (*Wiener Med. Presse*, 1889, Bd. XXX, p. 607-609) *d'après Lamb.*

Femme âgée de 65 ans, présentant une bronchite chronique ; trois semaines plus tard, douleur dans l'épaule gauche irradiant vers l'œil et le côté gauche de la tête.

Le jour suivant, l'inflammation commence à se manifester du côté de l'œil ; cinq jours après la douleur scapulaire a disparu, mais les paupières de l'œil gauche deviennent rouges avec rétrécissement de la fente palpébrale ; gonflement des conjonctives palpébrales et bulbaire ; celle-ci présente du chémosis dans son segment externe ; cornée claire, chambre antérieure légèrement contractée. La douleur augmente et le huitième jour une tuméfaction se montre dans le segment supéro-externe de l'œil sous la conjonctive bulbaire, tuméfaction de couleur jaunâtre, transparente et l'on diagnostique un abcès. Celui-ci est situé à 2 mm. du limbe, à environ 3 mm. de hauteur et 1 cm. de diamètre. Il paraît être un kyste et ne s'étend pas vers la sclérotique.

Le 13e jour, il apparut, au sommet, un petit point jaune et une légère pression à ce niveau fit sourdre une goutte de pus très épais ; dans les heures qui suivirent, la douleur diminua.

L'appétit du malade revint rapidement et bientôt son état général s'améliora. Dans les jours qui suivirent le chémosis diminua graduellement.

La suppuration fut d'abord très abondante puis se tarit et, le 14e jour après, le malade était parfaitement guéri. Les conjonctives palpébrales étaient pâles et, à la place de l'abcès, se trouvait une petite dépression arrondie.

Le traitement consista en applications continues de sublimé à 1 pour 3000 et une instillation par jour de sulfate d'atropine. En même temps que cet abcès, on constata une irido choroïdite subaiguë.

Le 38e jour après le début l'œil était parfaitement normal et la vision était passée de 1/30 à 1/3.

Le pus de l'abcès contenait du staphylocoque doré.

**Obs. V.** — Blatt (*K. M. F. A.*, LXXII, p. 386).

Enfant âgé de 14 ans, présenta pendant une huitaine de jours une angine avec phénomènes généraux graves, frissons, fièvre à

40°, céphalées, douleurs cervicales, dysphagies et légère albuminurie.

Rapidement survint une amélioration, la température redevint normale. Il ne persistait plus, une quinzaine de jours plus tard, qu'un peu de douleurs cervicales et de la rougeur des amygdales.

Un frottis de la gorge et une culture effectuée au cours de la période grave de la maladie ne montrèrent pas de bacilles diphtériques ni de streptocoques mais uniquement du staphylocoque.

Quinze jours après la chute de la température, alors que le malade semblait complètement guéri, il ressentit un matin une douleur vive au niveau de l'œil droit. A ce moment, il présentait encore de la rougeur des amygdales.

Quatre jours plus tard, la douleur persistait et l'on observait du gonflement des paupières. L'O. G. paraît normal.

Le 5e jour, l'œil droit présente les symptômes suivants : Œdème inflammatoire, rouge, des deux paupières ; adénite préauriculaire ; inflammation de la conjonctive palpébrale sans chémosis. Par contre la conjonctive bulbaire présentait un aspect particulier : la moitié supérieure légèrement rouge avec un chémosis livide, la moitié inférieure très enflammée, rouge, chémotique, épaissie, et l'on constatait sur l'axe vertical, à 4 ou 5 mm. au-dessous du limbe, une petite tuméfaction de la grosseur d'un grain de maïs, jaune rougeâtre, de consistance dure, à peu près circulaire, au niveau de laquelle la pression à l'aide d'une sonde réveillait une vive douleur.

A son niveau, la conjonctive adhérait un peu mais seulement à la partie médiane de la tumeur ; partout ailleurs, elle se déplaçait facilement.

On prescrit alors des pansements humides chauds.

Les jours suivants, la tuméfaction changea d'aspect ; en son milieu, la conjonctive était ulcérée et laissait apparaître un tissu nécrosé, constituant un bourbillon épais, purulent, douloureux quand on exerçait une légère pression à son niveau. En essayant de l'arracher, on provoquait un saignement assez sérieux. Le tissu nécrosé constituait un triple foyer communiquant, tel qu'on en observe dans les anthrax du cou.

Au bout de six jours, le bourbillon put être arraché avec une pince, sans hémorragie et d'un seul bloc. A la suite de l'évacuation du bourbillon, l'inflammation de la conjonctive diminua rapidement ainsi que l'adénite préauriculaire.

Cinq jours plus tard, l'œil était calme, les paupières normales,

Il ne demeurait qu'un peu d'inflammation au niveau de la portion inférieure de la conjonctive bulbaire.

Trois semaines après, on pouvait parler de guérison complète car, à la place de l'ulcération, il ne demeurait plus qu'une petite cicatrice conjonctivale adhérente au tissu épiscléral.

Le bourbillon mesurait environ 6 mm. sur 4 mm. et, à sa place, il laissait un cratère un peu plus saignant dont le fond était constitué par les couches superficielles de la sclérotique qui présentait une surface érodée bien visible à la loupe ou par le passage d'une sonde à sa surface.

L'examen microscopique du bourbillon le montra constitué de leucocytes, d'amas de staphylocoques et de pneumocoques, sans aucun streptocoque.

On revit le malade plus tard ; l'œil ne présentait plus aucun symptôme pathologique, aucune réaction irienne, et les milieux étaient normaux.

**Obs. VI.** — H. Krainer (*Wiener Med. Woch.*, 1926 p., 1390).

« Femme de 48 ans, entre à l'hôpital pour un anthrax du dos de la taille de la main, au niveau de la moitié inférieure de l'omoplate droite, Après quelques jours, ouvertures multiples.

Le 6e jour après le début se développa au niveau de l'œil gauche une épisclérite métastatique typique, qui se confirma par les recherches bactériologiques et aussi par une évolution particulièrement favorable après l'évacuation du pus. L'hémoculture se montra négative.

**Obs. VII.** — Kramer (*K. M. F. A*) p. 442, 1921.

Malade âgé de 22 ans, a toujours présenté une bonne santé.

Au milieu d'avril 1920, il est atteint de furonculose et, jusqu'au début de juillet, use de diverses thérapeutiques, levure, vaccin, teinture d'iode, acide salicylique, mais les furoncles persistent. Il n'a cependant jamais présenté dans les derniers temps de fièvre ni d'altération de l'état général.

Vers le 10 juillet, début de l'affection oculaire, inflammation de l'œil droit. Le malade se rend alors chez un ophtalmologiste qui diagnostique une conjonctivite et prescrit du sulfate de zinc. Deux jours plus tard, on fait le diagnostic de sclérite. Un B.-W. est pratiqué qui est négatif.

Le 13 juillet, on constate une inflammation très marquée de la sclérotique vers la partie supérieure du bulbe, avec une injection conjonctivale particulièrement marquée et une douleur qui est encore réveillée par la pression de la sclérotique.

La photophobie est très marquée, cependant la cornée et l'iris sont indemnes. L'instillation d'une goutte d'atropine entraîne une mydriase maximum.

Sous l'influence d'applications de compresses chaudes, 2 jours plus tard l'injection conjonctivale s'était concentrée dans la moitié latérale, et se percevait autour d'une petite tuméfaction de la taille d'un pois, bien limitée et qui faisait une saillie hémisphérique. Cette tuméfaction était recouverte par la conjonctive qui glissait facilement à son niveau, tuméfaction légèrement fluctuante et très douloureuse.

On incisa horizontalement cette tuméfaction et il s'en écoula une goutte de pus épais.

L'examen bactériologique de ce pus montra par frottis des cocci en amas et, par la culture, qu'il s'agissait de staphylocoques dorés.

En même temps, le malade présentait de nouveaux furoncles sur les fesses, ce qui permit de faire le diagnostic d'affection métastatique de la sclérotique.

Une hémoculture fut pratiquée qui fut négative. L'écoulement purulent de l'abcès périscléral était en tous points comparable à celui que l'on peut observer au niveau des furoncles de la peau. Après cette incision, la douleur et l'injection persistèrent non modifiées, mais il n'y avait toujours pas d'atteinte irienne.

Le 6e jour, tranformation brusque : le malade déclare spontanément qu'il est guéri car, la veille, en même temps qu'il se produisait un accroissement soudain de la douleur, la collection épisclérale s'ouvrit à nouveau et à la suite de cette évacuation de pus, le malade cessa de souffrir.

A l'examen, le lendemain, on constate que la conjonctive bulbaire est beaucoup moins hyperhémiée et qu'il ne subsiste plus qu'un peu d'injection au niveau de l'abcès ; celui-ci s'est vidé : la douleur à la pression à son niveau a disparu et le patient peut facilement ouvrir son œil.

Quelques jours plus tard, la guérison survint complète et définitive. Après deux mois d'observation, on constatait au siège de l'affection, sur une surface de la taille environ d'une lentille, un léger amincissement de la sclérotique qui se traduisait surtout par une coloration ardoisée. En dehors de cette lésion cicatricielle, l'œil était tout à fait normal et l'acuité visuelle après correction ne s'était en rien modifiée.

**Obs. VIII.** — Lamb (*Ophtalmoscope*, 1911).

M. H..., âgé de 53 ans, fonctionnaire.

Le malade vient consulter pour la première fois le 14 juin pour un vice de réfraction. Il est suivi assez régulièrement depuis cette époque jusqu'aux environs du 24 décembre. Le 26 décembre, il se plaint d'un anthrax au niveau du côté gauche du cou. Cet anthrax fut incisé et on fit des pansements jusqu'aux environs du 28.

Le 28, le malade revint consulter se plaignant de son œil gauche qui, à l'examen, montrait une conjonctive particulièrement hyperhémiée. On prescrivit alors des instillations d'argyrol et des compresses chaudes. Malgré ce traitement, il se développa un œdème de la conjonctive qui était surtout marqué au niveau du cul-de-sac inférieur puis se généralisa vers la conjonctive bulbaire.

Le 1er janvier 1910, on constate l'apparition d'une tuméfaction sous jacente à la conjonctive et située au niveau de la portion externe de la sclérotique, présentant des symptômes inflammatoires semblables à ceux que l'on observe dans les cas de sclérite ou de périsclérite mais avec une douleur beaucoup plus vive, excruciante, nécessitant l'emploi de la morphine.

La vision était normale ; il n'y avait pas d'iritis. La tuméfaction épisclérale augmenta chaque jour ainsi que le chémosis généralisé. Il y eut même une certainte atteinte des tissus orbitaires et, le 3 janvier, on constatait une légère exophtalmie.

Le lendemain, le gonflement palpébral avait un peu diminué ainsi que le chémosis conjonctival. La tumeur épisclérale apparaît de nouveau sur la conjonctive chémotique, elle est de la taille d'un gros pois avec un centre jaunâtre et l'on diagnostique alors la présence d'un abcès métastatique épiscléral. Après cocanisation et introduction d'un écarteur, on fait une incision au niveau de la tumeur Le pus est évacué et examiné microscopiquement. La douleur qui avait été constante pendant plusieurs jours rétrocède alors pour ne plus reparaître.

On pratiqua tous les jours un lavage antiseptique de la lésion et des applications chaudes au niveau de l'O. G. toutes les deux heures.

A la même époque, l'état de l'anthrax du cou s'améliora de telle sorte qu'au bout de quelques jours, la plaie était complètement guérie.

L'examen bactériologique du pus de la lésion oculaire montra des staphylocoques dorés à l'état pur, ainsi que dans l'anthrax du cou. L'abcès présenta une tendance rapide à la cica-

trisation si bien que pour éviter même une cicatrisation trop rapide, on pratiqua journellement des sondages du 5 au 12 janvier. Ce jour-là l'enveloppe externe fut excisée et l'on cautérisa. Deux jours après, l'abcès fut rouvert. Le 17 janvier, on pratiqua une nouvelle incision de l'abcès épiscléral, incision qui traversait l'abcès complètement et qui fut pratiquée au couteau de Graefe. L'abcès fut ainsi divisé en deux parties et, après l'évacuation du pus, on pratiqua un badigeonnage à la teinture d'iode de la cavité. Ce badigeonnage fut répété dans les jours suivants, au fur et à mesure que la cavité de l'abcès diminuait et que la suppuration se tarissait ; finalement la plaie guérit complètement et le chémosis généralisé disparut ; le globe oculaire redevint parfaitement normal Le 24 mars, le malade sortait.

Le 14 juin, le malade étant à nouveau examiné pour son vice de réfraction, on ne trouve pas d'astigmatisme. A ce moment, la vision après correction était normale.

**Obs. IX.** — A. Lutz. Uber einige Fälle von endogener Kokteninfection des Auges (*K. M. F. A.* 1919 ; XLVIII, p. 636).

Enfant G. P. âgé de 10 ans, avait présenté dans le mois précédent des furoncles de la peau particulièrement localisés à la partie postérieure de la cuisse.

Quinze jours plus tard, il ressent une douleur au niveau de l'œil gauche avec photophobie et hyperhémie locale. Après deux ou trois jours, la sclérotique prend une teinte jaunâtre et commence à se tuméfier à sa partie inférieure. Un ophtalmologiste, craignant le développement d'une tumeur, envoie le malade à l'hôpital. A l'interrogatoire, on ne constate aucun antécédent tuberculeux dans la famille L'enfant présente un bon état général, il est bien constitué et la température est de 37°9.

Le 4 septembre, l'examen des urines ne montre ni sucre ni albumine. L'enfant se plaint de céphalée et il présente au niveau de la jambe et de la face postérieure des cuisses de nombreux furoncles.

L'examen oculaire montre à l'œil droit des milieux et un fond normal. La vision est de 10/10.

A l'œil gauche, les paupières ont un aspect normal, mais le malade présente une photophobie très intense. La conjonctive bulbaire est rouge avec une réaction périkératique. Aucun chémosis ; iris normal sans hyperhémie. La pupille se dilate bien par l'atropine. Les milieux et le fond sont normaux. A travers la pupille, on voit la saillie de l'abcès scléral formant une tu-

meur proéminente et sombre, mais sur celle-ci, la rétine n'est pas altérée et les vaisseaux rétiniens apparaissent sans modifications. La pupille est normale. Le réflexe lumineux est normal.

V. O. G. Perception lumineuse.

Le lendemain soir, la tumeur s'ouvre spontanément à l'extérieur. Il s'en écoule une grosse goutte de pus qui est prélevée aseptiquement. Au frottis, on constate la présence de nombreux cocci. Gram positif, pas de bacille de Koch.

La culture sur gélose et sur bouillon montre la présence de staphylocoques dorés.

L'inoculation au cobaye est négative. Il ne se développe ni adénopathie. ni lésions tuberculeuses.

Le 5 septembre, la plaie a tendance à se combler. La sécrétion conjonctivale est tarie. La température est normale et l'hémoculture pratiquée est négative.

Le 6 septembre, la tuméfaction a à peu près disparu. La vision est remontée à 1/2.

Le 10 septembre, la tension est normale ; œil calme.

Enfin, le 21 septembre, l'enfant sort de l'hôpital. La vision de l'O. G. est de 10/10.

**Obs. X.** — G. Mackay (*The Ophtalmic Review*, 1908, p. 196).

Mme E. J. V., consulte en octobre 1896 pour une petite pustule conjonctivale au voisinage de la partie inférieure de la cornée, que le traitement ordinaire améliore rapidement. En un mois, la vision de l'œil droit est de 2/3, celle de l'œil gauche de 1/4.

En 1901, petite poussée de réaction conjonctivale de l'autre côté de l'œil droit près du limbe, avec léger trouble de la cornée adjacente, guérie par le même traitement que précédemment, mais la malade eut de constantes rechutes pendant 6 ans.

A la fin, cette petite élévation phlycténulaire devint un nodule blanc jaunâtre avec ulcération à la surface. La tuberculose fut soupçonnée et, pour confirmer ce diagnostic, on rechercha l'index opsonique pour la tuberculose ; on le trouva de 0,4 et, pour le staphylocoque de 1,24. Un frottis pratiqué de la sécrétion conjonctivale montra de nombreux staphylocoques, des leucocytes polynucléaires, mais pas de bacilles de Koch. On rejeta le diagnostic de tuberculose. Le traitement adopté fut l'injection de 1/500 de milligr. de staphylocoques tués et dissous dans 1 $cm^3$ de sérum. Après 7 injections, le nodule disparut complètement et la guérison se maintient depuis.

**Obs. XI.** — Meissner (*K. M. F. A.*, 1914).

Homme de 64 ans. Depuis plusieurs mois présentait une furonculose et de la prostatite ; l'examen des urines révéla la présence de staphylocoques dorés.

Il eut deux jours, après cet examen, un frisson et en même temps, de la douleur et de la rougeur au niveau de l'œil droit. Deux jours plus tard, on constate une grosse injection de la conjonctive bulbaire. Au-dessus de la partie supérieure du limbe, on remarque une tuméfaction douloureuse. La cornée, la chambre antérieure et l'iris sont normaux.

Le 4e jour après le début, la tumeur se limite, devient jaunâtre au centre et il se produit de l'hypopyon. Le 5e jour, on incise la tumeur ; il s'en écoule un pus épais dans lequel on trouve du staphylocoque doré.

Dès lors la guérison s'installa rapidement et il se produisit au niveau de l'abcès une légère dépression ; la sclérotique demeura amincie et la cicatrice présentait une teinte grisâtre visible sous la conjonctive.

L'hémoculture ne fut pas pratiquée.

**Obs. XII.** — Ratanson (*K. M. F. A.*, vol. XLIV, p. 528).

Jeune fille âgée de 7 ans, se présente souffrant d'une tuméfaction qui se développait depuis 10 jours à la surface de la sclérotique. Aucun antécédent oculaire ni général.

A l'examen on constate à 3 ou 4 millimètres du limbe, dans la portion nasale de la conjonctive bulbaire, une petite tumeur de la taille d'une lentille, légèrement ombiliquée, mesurant environ 4 mm. de diamètre. Autour de cette tumeur, grosse injection conjonctivale. La palpation la montre d'une consistance dure et réveille une douleur assez vive. La conjonctive palpébrale et les autres parties de la conjonctive bulbaire sont normales.

Pas de tuméfaction des paupières. La cornée, les milieux sont clairs. Le fond de l'œil est normal. La vision et la tension sont normales.

Le diagnostic en était assez difficile. Aucun antécédent ne permettait de songer à la tuberculose ou à la syphilis. Il n'y avait eu aucun traumatisme antérieurement.

Le traitement consista en applications chaudes locales. Après une semaine, il apparut au centre de la tuméfaction un point jaunâtre. Le lendemain, la palpation permettait de percevoir une légère fluctuation.

On pratiqua alors l'incision de l'abcès et il s'en échappa une goutte de pus qui fut prélevée pour l'examen bactériologique.

Après son incision, les bords de l'abcès étaient durs, infiltrés. Une sonde introduite dans la cavité conduisait jusqu'à la sclérotique. Mais cependant, il n'existait pas de perforation de la sclérotique.

Deux jours plus tard, l'inflammation était moindre avec tendance à la cicatrisation. Après une semaine, elle s'atténua de plus en plus. On pratiqua alors des massages avec la pommade jaune. Après un mois, il ne subsistait qu'une petite cicatrice ; l'œil était complètement normal.

L'examen bactériologique et les cultures montrèrent du staphylocoque doré. On ne pratiqua pas d'examen anatomique ni d'inoculations à l'animal.

**Obs. XIII.** — Pascheff (*Graefes Archiv.*, LXVII, 1908).

X..., âgé de 22 ans, atteint de furoncles de la nuque. Quinze jours après le premier examen, le malade présente de la douleur dans l'œil droit, de la céphalée de la moitié droite de la tête avec sécrétion nasale. On diagnostique alors un état grippal, mais la quinine n'a aucun effet sur la céphalée et l'examen du nez montre une rhinite hypertrophique des deux côtés. Sur la surface du corps, on constate de nombreuses cicatrices d'abcès cutanés.

Trois jours plus tard apparaissent de l'œdème des paupières, de la rougeur de la portion nasale de la sclérotique droite, accompagnés de fièvre, d'anorexie. Les signes locaux augmentent d'intensité, l'œil est presque complètement fermé.

Le malade entre alors à l'hôpital de Sofia. L'examen montre une légère hypertrophie de la rate, des urines normales.

L'examen du sang fournit les résultats suivants : polynucléaires, 59 % ; lymphocytes, 26 % ; éosinophiles, 9,3 %. Hémoglobine 90 %. Pas d'adénite pré-auriculaire.

L'O. G. est normal.

A l'O. D. les paupières sont rouges. Il existe de l'hyperhémie conjonctivale et un œdème considérable avec légère exophtalmie.

Appareil lacrymal normal.

Malgré la rougeur et l'œdème des paupières, celles-ci pouvaient être entr'ouvertes et l'on constatait entre la région ciliaire et le limbe, une abondante sécrétion qui recouvrait le globe. La motilité du globe était très limitée en dedans, avec légère exophtalmie en avant et en dehors. Hyperhémie très marquée de la moitié nasale du globe, entre l'insertion du droit interne et la portion interne du limbe cornéen ; dans cette région on constate une tuméfaction sous-conjonctivale bien limitée dont

le centre est jaunâtre. La surface est lisse et polie. Les autres portions du globe sont normales.

L'abcès s'ouvrit spontanément. Il s'en écoula un pus épais en petite quantité. L'examen bactériologique du pus montra du staphylocoque doré dont l'inoculation tuait en 24 h. un cobaye de 350 grammes.

Le traitement consista en compresses chaudes imbibées de sublimé au 3/1000.

A la place de l'abcès, on remarqua sous la conjonctive un tissu granuleux au niveau de la surface de la sclérotique. Le tissu du voisinage était comme sphacélé.

Aucune perforation de la sclérotique ni réaction sur les milieux internes de l'œil.

Pendant le séjour du malade à l'hôpital, la température ne dépassait jamais 37°7.

L'ulcération conjonctivale mit trois semaines à se cicatriser et il subsista une cicatrice de la taille d'une lentille à 3 mm. du limbe en dedans. Il persista aussi un léger trabisme convergent dû à la proximité de l'abcès de l'insertion du droit interne.

A la sortie, l'acuité visuelle était de 10/10 avec + 1,50.

**Obs. XIV.**— Sachsalber (*Wiener Medizinische Wochenschrift*, n° 32, 1898).

W. J..., âgé de 57 ans, valet de ferme, entré le 30 octobre 1895, sorti le 2 février 1896.

Antécédents : Dans l'enfance, nombreuses inflammations aux yeux. A 18 ans, otite. Quatre ans plus tard. grippe. Depuis cette époque a toujours été bien portant.

Quatre jours avant la première consultation, on remarque que son œil droit rougit, devient douloureux et larmoyant, ce qui l'oblige à quitter son travail. Depuis ce moment, les lésions n'ont fait que s'aggraver avec une baisse notable de l'acuité visuelle.

Lors de son entrée, on constate à l'examen que les voies lacrymales sont normales. Les conjonctives palpébrales sont très œdématiées et injectées. Il en est de même de la conjonctive bulbaire. Le maximum de l'injection siège en dehors et en bas, au-dessous du limbe et, à ce niveau, on observe une petite tuméfaction nodulaire dont le sommet se trouve à 1 cm. en dehors du limbe ; à cet endroit les vaisseaux forment un lacis dirigé parallèlement à la convexité du limbe. La délimitation de cette nodosité est peu nette en haut et en bas.

Le sommet légèrement déprimé est le siège d'une petite tache

grise jaunâtre ; une tache semblable s'observe un peu au-dessous. La consistance de cette nodosité est assez dure.

Cornée trouble dans son ensemble avec petites opacités arrondies surtout abondantes vers le centre.

Chambre antérieure de profondeur normale avec troubles de l'humeur aqueuse. Iris dépoli, hyperhémié ; pupille irrégulière, ovalaire, avec nombreuses synéchies.

En éclairant le fond de l'œil, on constate une tuméfaction grisâtre du niveau de la rétine, en un point correspondant à l'abcès extérieur. Léger trouble du corps vitré ; papille normale avec excavation physiologique. Hypermétropie de 5 D.

V. O. D. compte les doigts à 2 m.

V. O. G. 1/2 avec + 8.

Thérapeutique : atropine, cataplasmes, pansements.

*6 novembre* : on constate une nouvelle nodosité en haut.

*12 novembre* : l'abcès inférieur s'ouvre spontanément. Il s'en écoule une sérosité purulente ; l'autre nodosité est plus saillante.

*14 novembre* : on constate la présence de 2 nouvelles nodosités ; elles s'ouvrent le 17 novembre, il s'en échappe un contenu gélatineux grisâtre non purulent ; 5 jours plus tard, elles sont presque disparues.

*25 novembre* : injections sous-conjonctivales d'oxycyanure de mercure qui détermine une très forte réaction.

*10 décembre* : état stationnaire : iritis. Il s'écoule au niveau des petits abcès une sérosité purulente mais on ne peut y trouver à l'examen direct de microorganismes.

*2 janvier 1896* : Abcès sous-conjonctival en haut. On pratique alors une ponction ; la culture y montre la présence de staphylocoques dorés à l'état de culture pure.

Il se développe en même temps un abcès intra-cornéen du segment supérieur de la cornée.

*7 janvier* : Injection d'oxycyanure de mercure au 1/1000 sous-conjonctivale.

*19 janvier* : L'infiltration conjonctivale n'est pas plus accentuée. Il ne s'est pas formé de nouveaux abcès,

*2 février* : Conjonctive palpébrale moyennement injectée.

La conjonctive bulbaire l'est encore mais il ne se produit plus de sécrétion purulente. A la place des abcès, la sclérotique a pris une teinte gris-bleuté.

La cornée est encore le siège d'une infiltration diffuse avec injection vasculaire. La chambre antérieure est claire. L'iris adhère encore sur une grande partie de son étendue à la capsule

antérieure du cristallin. Pupille triangulaire. Tension un peu abaissée par rapport au côté sain. Corps ciliaire indolore.

Le malade est revenu deux mois plus tard pour une iridectomie.

V. O. D. : 1/6.

**Obs. XV.** — A. Vogt (*Centrablatt für Augenheilkunde*, 1911, p. 134).

W..., cultivateur, âgé de 49 ans, présente une bonne constitution, mais il est atteint depuis 4 mois de furoncles de l'avant-bras droit et, depuis deux mois, d'un anthrax de la région lombaire.

Dix jours avant l'examen, inflammation de l'œil gauche.

*24 avril* : examen de l'O. G. Forte hyperhémie conjonctivale avec injection ciliaire particulièrement marquée en bas.

A 2 millimètres au-dessous de la cornée, à mi distance de celle-ci et du cul-de-sac conjonctival, siège une tuméfaction de la grosseur d'un pois. La conjonctive à son niveau est indemne mais fortement hyperhémiée. La pression de cette tuméfaction est douloureuse. Cornée claire, chambre antérieure légèrement trouble ; pupille étroite réagissant mal à la lumière avec synéchie inférieure.

Après instillation d'atropine, la pupille se dilate mieux en haut qu'en bas et laisse un peu de pigment sur la capsule antérieure. Tension normale. Le trouble des milieux empêche l'examen du fond de l'œil.

Douleur spontanée vive le soir.

L'examen des urines montre celles-ci normales.

Traitement : cataplasmes et atropine trois fois par jour.

*29 avril* : Peu d'amélioration ; injection bulbaire très accentuée. La tuméfaction atteint la taille d'un haricot avec, à sa surface, une ulcération cratériforme arrondie de 1 mmil. 5 de diamètre sur un 1 mm. de profondeur. Les bords en sont taillés à pic, d'une coloration blanchâtre et, dans le fond, on observe un bourbillon jaunâtre. L'iris demeure dans le même état. Tension normale.

*4 mai* : L'ulcération est plus importante mais indolente. Céphalées fronto-temporales.

*9 mai* : Diminution de l'injection ; au fond de l'ulcère, on constate une masse nécrotique jaune grisâtre. Chambre antérieure trouble. Cornée trouble à sa partie inférieure ; fond de l'œil inexplorable.

*10 mai* : L'ulcération est encore plus creuse.

*12 mai* : Forte injection et, dans le fond du cratère, on excise un petit lambeau de tissu. L'examen microscopique le montre formé d'un tissu filamenteux avec de nombreux leucocytes. L'examen bactériologique de la sécrétion décèle la présence de staphylocoques dorés.

La pupille réagit bien à l'action de l'atropine.

Le lendemain, le malade déclare que quelques heures après l'excision du fragment de tissu, il a ressenti une amélioration très nette de son état. La motilité oculaire s'effectue normalement et l'ulcération est en voie de cicatrisation rapide. La pupille est encore adhérente en bas. La cornée et la chambre antérieure sont redevenues claires.

Dans le regard extrême en bas, on constate à l'examen du fond de l'œil une tache blanchâtre sur la choroïde de 1/2 diamètre papillaire, entourée d'une zone un peu pigmentée en regard à peu près de l'ulcération sclérale.

*11 juin* : A la place de l'ulcération, la sclérotique a pris une teinte ardoisée. Les vaisseaux à ce niveau sont un peu dilatés. Aucun trouble subjectif.

A la fin du mois de juin, au niveau de l'ancienne ulcération, on constate une petite plage gris-ardoisée avec légère injection locale. Pas de tension oculaire.

V. O. G. : 10/10.

## III. — PÉRISCLÉRITES ANTÉRIEURES AVEC EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE NÉGATIF, ACCOMPAGNÉES D'AUTRES FOYERS SUPPURÉS A STAPHYLOCOQUES

**Obs. XVI.** — Bachstez (*K. M. F. A*, 1921-I, p. 285.)

Albert M..., 34 ans, subit le 28 mai une opération pour abcès froid sus-sternal. Les jours suivants, suites opératoires normales. Légère élévation de température.

*2 juin* : Le malade présente une angine avec élévation de température à 40°.

*7 juin* : On ouvre une partie de la cicatrice pour évacuer une collection purulente.

*9 juin* : Large ouverture de l'abcès.

*10 juin* : Le malade présente des frissons.

L'examen des urines ne révèle pas de sucre mais de l'albumine.

On pratique une hémoculture qui est positive et donne des cultures pures de staphylocoques dorés.

*15 juin* : Nouveau frisson.

*16 juin* : On constate la présence d'un petit abcès au voisinage de la plaie, abcès qui s'ouvre et s'évacue spontanément.

*18 juin* : Développement d'une collection purulente à l'avant-bras gauche.

*19 juin* : Réaction inflammatoire de l'œil gauche avec hyperhémie conjonctivale.

*20 juin* : Incision de l'abcès de l'avant-bras gauche. Il s'en écoule un pus abondant.

*26 juin* : La suppuration de cet abcès s'est tarie. On constate au niveau de l'œil gauche un peu de photophobie et du larmoiement. L'hyperhémie conjonctivale est toujours très marquée. La température est à 37°.

*27 juin* : Examen ophtalmologique Aucun antécédent oculaire. O. D. normal. O. G. paupières et conjonctives d'aspect normal. Sur le quadrant inférieur du bulbe, on constate une tuméfaction très proéminente sur laquelle la conjonctive est mobile. Cette tuméfaction présente un diamètre de 4 à 5 mm. et une hauteur de 2 à 3 mm. Son sommet est légèrement jaunâtre. Il existe au voisinage une réaction ciliaire très apparente. Sensibilité à la pression à son niveau. En dehors de ce quadrant, le reste du globe est normal. La cornée est transparente. La chambre antérieure est claire. L'iris réagit normalement. Le vitré est transparent. Il n'existe aucune lésion du fond de l'œil.

On prescrit comme traitement des compresses chaudes.

Le lendemain, l'aspect jaunâtre du sommet est devenu plus marqué. La tuméfaction est légèrement fluctuante ; on la transfixe avec un couteau de Graeffe qui provoque un saignement abondant et permet l'évacuation d'une petite quantité de pus épais, jaunâtre qui est ensemencé sur gélose ascite. L'exploration prudente de la cavité de l'abcès avec une sonde permet de pénétrer dans la cavité jusqu'au contact du parenchyme de la sclérotique.

On pratique un badigeonnage à l'iodoforme de cette cavité et l'on place pour quelques heures un pansement compressif.

*27 juin* : Forte réaction dans tout le territoire du globe oculaire.

*28 juin* : Diminution de l'inflammation. La tumeur est nettement moins importante. La plaie est légèrement entrebâillée.

*29 juin* : Diminution des symptômes inflammatoires. Il n'y a aucune douleur subjective. Le fond de l'œil est normal. Les milieux sont clairs.

Les jours suivants, on assiste à une régression rapide de tous les symptômes.

*25 juillet* : Au dire du malade, depuis le dernier examen, l'œil est resté parfaitement calme. Au niveau du foyer inflammatoire, on constate encore cependant une petite injection ciliaire très limitée. La cicatrice de l'incision se marque par une fine ligne bleuâtre. Au dessus et sous la conjonctive, on observe une petite plage de coloration gris-ardoisée d'aspect un peu tomenteux.

*5 août* : Il demeure au niveau du siège de l'abcès un peu d'injection conjonctivale.

La gélose ensemencée le 27 juin est restée stérile.

**Obs. XVII.** — Dupuy-Dutemps et Lemarchal (*Annales d'Oculistique*, 1910, p 23).

L..., âgé de 17 ans, jusque-là bien portant, présente le 2 décembre 1909 un léger œdème conjonctivale et palpébral de l'œil droit avec injection conjonctivale, surtout au voisinage d'un bouton d'épisclérite localisé à la partie inféro-externe du globe. Le début remonte à 24 heures sans phénomènes douloureux.

Deux jours plus tard, l'œdème a disparu, mais l'injection sclérale est plus marquée et la saillie du bouton plus accentuée.

V. O. D. : 1/3

Traitement anti-syphilitique. Malgré ce traitement, la tuméfaction, tout en restant indolente, progresse.

Huit jours après, saillie considérable de la tuméfaction, qui atteint le volume d'une petite noisette gênant l'occlusion palpébrale. Cette tuméfaction prend une teinte rouge-foncé et s'étend de la cornée au cul-de-sac inférieur, donnant l'apparence d'une volumineuse gomme. A ce moment, léger iritis qui guérit spontanément en quelques jours. Aucune lésion des milieux.

*20 décembre* : Mauvais état général. Inappétence, pâleur, amaigrissement, douleurs vagues de la région sacrée, aspect de typhique.

*26 décembre* : Température à 39°. Pouls 120. Prostration. Langue sèche. Mictions très fréquentes ; urines normales.

*28 décembre* : On diagnostique un volumineux abcès de la prostate qui s'est développé d'une manière torpide. On incise largement. Le lendemain, chute de la température.

On pense à une localisation métastatique dont l'inflammation

sclérale se rapproche. Cultures du pus prostatique : staphylocoque doré.

Hémocultures deux fois négatives.

Six jours après, douleur à la base du thorax droit. Le lendemain, température à 38°. Douleur dans la fosse lombaire. Le diagnostic est celui de phlegmon périnéphrétique. Après incision, l'ensemencement du pus donna du staphylocoque doré.

Dès lors, guérison rapide ; le malade sortait le 1er février.

L'évolution de la tuméfaction épisclérale s'est effectuée lentement. Le maximum de développement se produisit au bout d'un mois avec une teinte jaunâtre au centre, mais une ponction ne ramena pas de pus ; petit à petit, toute la tumeur, sans changer de volume, prit une teinte chamois et sa résorption se fit très lentement, sans fonte purulente ni ulcération.

Trois mois après, la tumeur persistait, tangente à la cornée, mais n'ayant plus que le 1/3 du volume antérieur ; toute réaction inflammatoire avait disparu. A ce moment, le centre prenait une teinte ardoisée qui s'accentuait avec la résorption. Cette zone dépressible correspondait à un amincissement de la sclérotique.

V. O. D. : 1.

Les auteurs concluent à une staphylococcie à foyers disséminés dont l'inoculation s'était faite par une petite plaie infectée de l'annulaire droit avec un petit abcès superficiel incisé trois jours avant le début des accidents oculaires.

**Obs. XVIII.** — Perlia (*K. M. F. A.* 1912).

X..., ferblantier, se blesse à la main et présente au bout de quelques jours des signes d'inflammation locale au niveau de sa blessure.

Après application de compresses chaudes, on fut obligé de pratiquer une incision d'une collection purulente développée au niveau de la main. L'état du malade s'étant aggravé nécessite son transport à l'hôpital en ambulance le 9 septembre 1912.

Le 13 septembre, apparition d'un abcès de l'avant-bras droit.

Le 15 septembre, on constate un foyer de râles pulmonaires, le 20 septembre une diarrhée fétide.

Le 10 octobre, suppuration au niveau du genou gauche, plus tard péricardite.

Un examen bactériologique du pus de ces différentes métastases nous montra des staphylocoques dorés.

L'atteinte de l'œil gauche apparut le 4 octobre sous l'aspect

d'une épisclérite inflammatoire limitée à la portion interne du limbe. L'inflammation se développe rapidement avec rétrécissement simultané du champ visuel.

Le malade, examiné le 14 octobre 1912 pour la première fois, présente un tableau très particulier. On trouve, du côté temporal de la cornée, à peu près au niveau du limbe, recouvrant l'insertion du muscle adducteur, une phlyctène de la taille d'un pois, remplie d'un liquide gris-jaunâtre sous tension. Le contenu de cette phlyctène était un pus visqueux donnant l'impression de venir de la profondeur sous un soulèvement cratériforme de la conjonctive.

La cornée, même en bordure de sa portion temporale et au contact de l'abcès, était parfaitement claire.

La pupille semblait très rétrécie et recouverte d'un exsudat.

L'acuité visuelle était tombée seulement à la reconnaissance difficile des doigts à très faible distance. L'exsudat pupillaire empêchait d'ailleurs complètement l'examen du fond de l'œil. On ne pouvait de la sorte se rendre compte jusqu'où s'étendait l'abcès et les lésions dans la profondeur.

Des instillations répétées de solutions d'atropine à 1 0/0 firent découvrir de nombreuses synéchies et permirent un élargissement suffisant de la pupille pour explorer le fond de l'œil qui se montra indemne et le vitré transparent.

Le traitement consista en instillations d'atropine, cataplasmes, poudrage abondant au bioforme et compresses humides la nuit. En 10 jours, l'abcès qui s'était ouvert découvrait une dépression de la face profonde de la tuméfaction avec ulcération des couches superficielles de la sclérotique.

Après cicatrisation, la sclérotique se présenta amincie, bleuâtre, translucide, bombant légèrement en avant. Les synéchies furent complètement libérées ; la pupille avait repris ses dimensions normales ; la motilité irienne et la vision étaient redevenues normales.

**Obs. XIX**. — Rochon-Duvigneaud (*Bulletin de la Soc. Française d'Ophtalmologie*, 1920, p. 26).

L'auteur, au cours d'une discussion concernant un cas d'ophtalmie métastatique à streptocoque, dit avoir observé, au cours d'une irido-cyclite avec hypopyon consécutive à un gros furoncle chez un diabétique âgé, une sorte d'abcès épiscléral qu'il a incisé et qui a donné issue à un pus exempt de pigment. L'auteur conclut dans ce cas à deux localisations simultanées sous-conjonctivale et irido ciliaire sans perforation de la coque sclérale.

Obs. XX. — Sandmann (*K. M. F. A.* décembre 1922, LXIX, p. 842).

X..., présentait depuis six mois une gonorrhée et une syphilis acquise, traitée par un spécialiste au moyen de 11 injections de calomel et quelques injections de 606.

Lors du premier examen, on constate que tous les téguments sont pigmentés et couverts de croûtes d'eczéma humide, particulièrement au niveau de la plante du pied et entre les orteils ; cœur et poumons normaux ; urines normales ; pouls à 130.

Les semaines suivantes, la malade présenta encore deux nouvelles poussées de son éruption cutanée croûteuse. Elle avait en outre de la diarrhée avec 4 à 8 selles par jour. La température se maintenait entre 37°8 et 39°.

Pendant toute la période d'observation de la malade, elle présenta de nombreux abcès superficiels et profonds sur les diverses parties du corps. Ces abcès furent incisés et du pus montra, en culture comme en frottis, la présence de staphylocoques dorés sauf une fois où l'on trouva du streptocoque.

*9 novembre* : hémoculture négative sur gélose ascite.

Un abcès plus important de la marge de l'anus nécessita son entrée à la clinique le 11 novembre.

Dans les jours suivants, la température monta à 40° et la malade accoucha d'un fœtus de 28 cm.

A la suite d'une streptococcémie avec hémoculture positive, la malade meurt le 17 décembre.

*Histoire oculaire.*

Vers le 1er novembre, la malade présenta de l'œdème des paupières, du gonflement du visage, de l'occlusion des paupières, avec hyperhémie locale. En écartant les paupières, on constatait la présence d'une importante sécrétion conjonctivale de pus jaunâtre mais avec cornée claire.

Dans le pus, on constate du gonocoque. Conjonctivite blennorragique typique traitée par des instillations de nitrate d'argent à 2 0/0. Quatre jours plus tard, l'œil peut s'ouvrir spontanément, la cornée est claire. L'examen microscopique montre l'absence de gonocoques.

*6 novembre* : troubles de la vue. On observe alors sur les deux yeux en position symétrique, en dedans du limbe, une petite tuméfaction de forme triangulaire ressemblant à un abcès et, à la partie inférieure du limbe, un léger exsudat. Au voisinage, la conjonctive est épaissie et rouge. Partout ailleurs, la sclérotique a un aspect normal.

*10 novembre* : perforation du limbe scléro-cornéen avec pro-

lapsus irien. L'O. G. présente une infiltration punctiforme et médiane des couches moyennes de la cornée. La chambre antérieure est claire et l'iris normal.

*12 novembre* : O. D. L'abcès de la sclérotique est plus volumineux embrassant tout le quadrant voisin de la cornée avec iritis purulente.

O. G. même état.

*14 novembre* : O. D. Fonte purulente rapide de la cornée, prolapsus irien très accentué.

O. G. L'abcès augmente de volume. La cornée se trouble dans le secteur voisin avec grosse infiltration du limbe. L'examen de la sécrétion montre toujours l'absence de gonocoques mais la présence de nombreuses autres bactéries.

Les bords de l'ulcération cornéenne s'œdématient.

*17 novembre* : O. D. Cornée complètement détruite mais pas de panophtalmie.

O. G Aucune amélioration. L'infiltration cornéenne est plus marquée. Réaction irienne, mais avec l'atropine, la pupille se dilate et montre une synéchie.

L'abcès cornéen mit assez longtemps à se cicatriser.

*30 novembre* : O. D. Phtisie du globe.

O. G. Œil blanc sans irritation. Leucome cornéen. Dans la région où siégeait l'abcès, en dedans du limbe, la sclérotique apparaît amincie et a une coloration bleuâtre.

L'auteur ne pense pas pouvoir rattacher ces abcès ni à la syphilis, ni à la conjonctivite blennorragique dont avait été atteinte la malade, mais les rapproches des nombreux abcès cutanés superficiels et profonds qu'elle présentait et dans lesquels on avait décelé par frottis et culture du staphylocoque doré ; cet agent microbien a provoqué une métastase au niveau du limbe et de la région périlimbique.

**Obs. XXI.** — Velhagen. (*Centralblatt fur praktische Augenheilkunde.* Décembre 1910, p. 95).

X..., âgé de 61 ans, présente, le 28 janvier 1908, une pharyngite avec fièvre.

Quatorze jours plus tard, otite moyenne purulente, paracentèse, puis mastoïdite le 20 février.

*11 mars* ; Cystite purulente ; pyélonéphrite.

*20 mars* : Double pneumonie des bases. Stomatite et ulcérations buccales.

Le *9 avril*, alors que la pneumonie et la stomatite sont en voie de guérison, le malade se plaint de photophobie de l'œil gauche.

On constate, en haut et en dehors, une opacification du limbe cornéen avec petite tuméfaction d'aspect phlycténulaire de la grosseur d'un grain de millet ; le trouble cornéen siégeait dans les couches antérieures de la cornée. L'épisclère et la conjonctive étaient légèrement injectés. Tout le reste de l'œil était normal.

*10 avril* : Conjonctive rouge avec léger chémosis.

*Du 14 au 15 avril* : rien de nouveau ; la tuméfaction ressemblait à une phlyctène, mais, dans le fond de l'excavation, il semblait y avoir un bourbillon. L'infiltration cornéenne a disparu.

*18 avril* : En soulevant la paupière supérieure, on fait saillir en avant la petite masse purulente.

*19 avril* : La pupille, jusque-là indemne, paraît un peu paresseuse.

*22 avril* : L'ulcération du tissu conjonctival est à peu près cicatrisée, mais la pupille n'est pas encore tout à fait normale.

*25 avril* : Les signes subjectifs et objectifs de l'inflammation ont disparu. La vision est normale.

*27 avril* : Phlébite de la saphène gauche.

En juillet, spondylite au niveau de la 7e dorsale.

En octobre, guérison complète.

Il s'agit de localisations emboliques multiples, et, bien que l'examen microscopique du bourbillon conjonctival n'ait pas montré de microbes, mais seulement des cellules et des tissus sphacélés, il y a tout lieu de croire que l'on est en présence d'une affection métastatique à staphylocoques.

## IV. — PÉRISCLÉRITES ANTÉRIEURES AVEC EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE NÉGATIF SANS AUTRES LOCALISATIONS

**Obs. XXII.** — Menacho *(Archivos de Oftalmologica Hispano-Americanos,* août 1923, p. 508).

Mlle X..., âgée de 15 ans, présentait jusque-là une très bonne santé ; n'a jamais eu d'affection oculaire

Premier examen en juin 1917.

Deux mois auparavant, elle s'aperçoit par hasard d'une petite tuméfaction au niveau de l'œil droit, au dessus et en dedans de la cornée, tumeur qui entraîne une certaine gêne mécanique dans les mouvements de la verticalité, et qui apparaît surtout dans le regard en bas.

Les yeux fermés, on remarque à peine un léger effacement du sillon palpébral supérieur droit ; dans le regard en bas, la tuméfaction est plus perceptible sous la paupière. L'exploration digitale la montre indolore et de consistance ferme. Dans le regard en bas, les paupières ouvertes la tumeur est visible, mais dans son segment inférieur seulement, de forme arrondie et de la taille d'une petite noisette, mesurant 9 mm. et située à 4 mm. du limbe ; son sommet est à peu près à 5 mm. au dessus du plan scléral. Il existe à son niveau une légère vascularisation conjonctivale, mais dans son ensemble, cette tumeur a la coloration de la sclérotique. Il ne semble cependant pas y avoir une vascularisation spéciale de cette tumeur.

Tension oculaire normale.

La conjonctive n'adhère pas à la tumeur. Motilité oculaire normale. Iris normal. Réflexes normaux. Pas de lésion du fond de l'œil. Vision normale. La transillumination au niveau de la tumeur ne détermine pas d'ombre.

L'examen général de la malade ne montre aucune lésion sauf un peu de rudesse respiratoire, au niveau du sommet gauche, mais la malade n'a jamais toussé ni craché et est en très bonne santé.

En présence d'un diagnostic hésitant, on pratique une ponction exploratrice qui ramène deux gouttes de pus dont l'examen bactériologique montre la stérilité microbienne.

On procède alors à une intervention : Incision de 3 mm. au couteau de Graeffe. Excision de 1 mm. de sclérotique au bord de l'incision et exploration de la cavité avec un stylet qui montre que son extension atteint un diamètre de 6 à 7 mm. L'incision donna issue à une grosse goutte de pus blanc-jaunâtre. La cicatrisation fut obtenue en 10 jours environ et il ne persistait plus à ce niveau qu'une vascularisation assez marquée.

Plusieurs mois plus tard, la malade est revue ; il ne subsiste plus trace de la lésion épisclérale.

**Obs. XXIII.** — Menacho (*Archivos de Oftalmologica Hispano-Americanos*, août 1923, p. 512).

M. J..., âgé de 7 ans. Examen du 8 mars 1922.

Il y a un an a présenté une dermite généralisée sans signes fébriles. Guérison sans cicatrices

Il y a 3 mois, l'O. G. a commencé à présenter des signes d'irritation. Ce n'est que quelques jours avant de consulter que les parents ont constaté la présence d'une petite tuméfaction située

sur la sclérotique, dans l'angle interne et supérieur, et recouverte par la paupière supérieure.

27 *mars* : La tumeur a augmenté, atteint la taille d'un gros pois centré par un point jaunâtre La tumeur n'est pas mobile sur les plans profonds et la conjonctive qui la recouvre est parfaitement mobile.

On pratique une ponction qui permet de ramener trois gouttes de pus sans germes bactériens.

La guérison s'est faite en quelques semaines sans autre traitement.

## V. — PÉRISCLÉRITES ANTÉRIEURES SANS EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE

**Obs. XXIV.** Von Bogusz. — (*Der Militärartzt*, n° 17-18, 1902, p. 138).

Uhlan R. R. se présente à son entrée à l'hôpital avec des signes de pyohémie généralisée, abcès, arthrites, etc.

Au niveau de l'O. D. on remarque au voisinage de la portion externe de la cornée un foyer purulent de la grosseur d'un pois siégeant dans la sclérotique. A son voisinage se développaient au limbe cornéen trois autres petits foyers. Il en résulta une perforation de la cornée avec abondant hypopyon dans la chambre antérieure. La cornée se troubla dans ses portions adjacentes aux foyers purulents (quadrants inférieur et externe).

Après un traitement d'expectative, l'abcès guérit ; cependant, après sa cicatrisation, l'iris s'accole à la cornée, si bien que la pupille se trouvait cachée derrière le leucome cornéen. A la fin de l'évolution, la vision était réduite à la perception quantitative de la lumière. On pratiqua alors une iridectomie optique du côté clair de la cornée, de l'autre côté on consolida la partie de la sclérotique amincie par l'abcès, car la tumeur menaçait de s'ectasier. Après l'opération, le malade retrouva une vision de 1/2.

**Obs. XXV.** H. Percy Dunn. — (*Lancet*, décembre 1912).

Malade âgé de 40 ans, admis à l'hôpital le 2 juillet avec signes de hernie inguinale droite étranglée ; arrêt des matières et des gaz depuis 36 heures. La hernie fut partiellement réduite et le cours des matières se rétablit.

A l'examen on trouva une grosse tuméfaction arrondie dans

le scrotum droit, indépendante du testicule, masse en partie mobile, arrondie, opaque, présentant un pédicule qui pénétrait dans le canal inguinal. On pratique une opération de Bassini et on trouve une hernie qui surmonte une masse de graisse sous-péritonéale. Cette masse de graisse est disséquée et réduite.

Le lendemain, vaste hématome du scrotum. Deux jours plus tard cet hématome atteignait la taille d'une noix de coco. La température est de 104° Farh.

Le 12e jour, à l'incision, il s'échappe un liquide séro-sanguinolent. La température est de 101° Farh.

Le 24e jour, la plaie scrotale commence à suppurer.

Le 30 juillet, le malade est examiné. L'O. G. est soudain devenu douloureux et présente une réaction ciliaire et conjonctivale généralisée.

Au limbe sur le méridien vertical, on voit une petite tuméfaction blanc jaunâtre, un peu plus grande qu'une phlyctène conjonctivale et de nature indéterminée. La cornée est claire, la motilité irienne normale.

On conclut, en présence de l'infection générale, à une localisation embolique. Sous l'influence du traitement la douleur devient moins vive et l'infection moins accusée. Mais la tuméfaction a augmenté de volume. Le 13 août, elle avait disparu et, à sa place, on observait un prolapsus irien, la sclérotique s'étant perforée.

Deux jours plus tard, résection du prolapsus, et, une semaine après, la plaie était guérie et l'œil en bon état. Trois mois après, la vision était de 1/3.

Obs. **XXVI**. Brailowsky. — (*Soc. d'Ophtalmologie d'Odessa*, 1924).

X... Avortement spontané, curettage. Pendant deux semaines, température à 40°5.

Un mois après le début des accidents puerpéraux, on observe du côté nasal du bulbe un foyer de sclérite auquel correspondait, à la périphérie du fond de l'œil, une proéminence gris-verdâtre.

La température resta subfébrile et une fois les phénomènes inflammatoires disparus, il subsista un amincissement de la sclérotique.

Un nouveau foyer commença à apparaître du côté temporal.

Traitement : applications chaudes et injections de lait.

Du côté des organes internes et génitaux, pas de lésions. B-W négatif.

**Obs. XXVII.** — Happel (*Transaction of the Médical Society of Tennessee*, 1886, p. 117).

Le malade présenta une infection générale avec douleur névritique sus-orbitaire. Une semaine après, on constata l'apparition, au niveau de la sclérotique, dans le quadrant inférieur et externe, d'un abcès de la taille d'un pois.

On traita cet abcès par des pansements occlusifs, de fréquents bains chauds, et des instillations d'atropine. L'abcès s'ouvrit spontanément et, comme le bourbillon ne voulait pas s'évacuer, on fut obligé de l'exciser avec des ciseaux. A la suite de cette excision, guérison rapide.

**Obs. XXVIII.** — Horay (*K. M. F. A.*, vol. LXIX, juillet 1922, p. 1-7).

Homme de 44 ans, présentant deux abcès scléraux de la taille d'une lentille siégeant au limbe. Après quelques jours, un troisième se constitue.

Le malade présentait en outre des ganglions hilaires avec adhérences pleurales.

Abcès guéris à la suite d'injections de lait sans complications.

**Obs. XXIX.** — Lang (*K. M. F. A.*, vol. LXVIII, 192à).

Paysanne de 38 ans, atteinte d'un ancien trachome ; était jusque là en bonne santé.

On constate une petite hyperhémie et un état papillomateux des conjonctives palpébrales en rapport avec son trachome, mais sans suppuration. Cornée droite normale. Présentait du côté temporal de la cornée un petit néphélion paracentral depuis 5 ans.

*5 octobre* 1920 : Douleur vive depuis 2 jours au niveau de l'O. G. Depuis 10 jours, présentait une angine avec frissons et température élevée.

A l'examen, O. D. normal.

O. G. Les paupières et les conjonctives palpébrales sont normales sans sécrétion. La conjonctive bulbaire est très hyperhémiée avec forte injection ciliaire. Sous la conjonctive, du côté temporal de la cornée, se trouvait une petite tuméfaction de la grosseur d'un grain de maïs, peu saillante, et siégeant pour les 3/4 de sa circonférence, sous la conjonctive bulbaire, 1/3 débordant sur le limbe. Le centre de cette tuméfaction présentait une coloration jaunâtre. La conjonctive, au niveau de cette tuméfac-

tion, était mobile, parfaitement lisse. Deux vaisseaux sanguins pénétraient dans la cornée jusqu'à l'ancienne opacité cornéenne.

La tuméfaction explorée à l'aide d'un stylet se montrait facilement dépressible et de consistance demi-élastique.

L'iris était légèrement hyperhémié, mais la pupille se dilatait au maximum avec l'atropine. Fond normal.

Pas de température.

Amygdales encore rouges.

La thérapeutiques consista en des pansements chauds.

*6 octobre* : L'injection ciliaire s'est encore accrue. Le nodule inflammatoire est plus large (5 mm.) et plus saillant. Son sommet est à 3 mm. de la surface du bulbe. Sa forme est celle d'un cône pointu et sa coloration intensément rouge.

Douleur très marquée. Comme la malade refuse l'incision de son abcès, on continue les compresses chaudes.

*7 octobre* : L'injection ciliaire est en régression ainsi que la douleur. Le nodule est un peu plus large mais moins proéminent ; sa couleur tourne au gris.

*8 octobre* : L'injection de la conjonctive bulbaire, sauf au voisinage immédiat du nodule, a disparu. La douleur a cessé complètement. L'abcès diminue de volume.

*9 octobre* : Atténuation de tous les symptômes.

Enfin, le 2 novembre, guérison complète. Il ne subsistait plus qu'une petite cicatrice grisâtre de la taille d'une lentille.

**Obs. XXX**. — Leber (*Archiv. f. oftalmologie*, 1880, III, p. 263).

Otto S. âgé de 26 ans, présente en février 1870, pendant quelques jours, une inflammation de la paupière supérieure droite, qui récidive en mai et juin de la même année, inflammation suivie d'un léger ptosis qui régressa à la suite d'un traitement électrique.

Quelques mois plus tard, pendant la guerre de 1870, le malade présente une nouvelle inflammation de cet œil.

Le 25 juillet 1871, le malade vient consulter à la clinique ophtalmologique de Götting, souffrant de son œil droit depuis 5 jours, et d'une très vive céphalée. Rien, dans l'examen immédiat, ne permet de trouver la cause de cette affection oculaire.

A l'examen : paupière supérieure droite très rouge mais peu œdématiée. Les paupières s'ouvrent. Pas de photophobie ni de larmoiement. Injection ciliaire symétrique de part et d'autre du limbe. Près du bord supérieur du limbe, on remarque que la conjonctive est soulevée par une petite tuméfaction jaunâtre

formant une saillie de 15 mm. environ sur un diamètre de 10 mm., tuméfaction de consistance molle et un peu fluctuante.

Toutes les autres portions de l'œil sont normales. Le fond est normal.

V. O. D. : I.

Incision de l'abcès qui laisse s'écouler un pus jaunâtre et bien lié, suivie d'une rapide guérison. Il ne subsista qu'un peu d'adhérence de la conjonctive en ce point.

L'examen du pus ne révéla la présence d'aucun corps étranger.

Dans les semaines qui suivirent, la guérison se maintint définitive, sans phénomènes douloureux, ni baisse de l'acuité visuelle.

**Obs. XXXI.** — Sachsalber. (*Wiener Med. Wochenschrift*, nos 32, 1898).

M..., Antoine, âgé de 32 ans, domestique. Entré le 6 février 1896, et sorti le 19 février 1896.

Dans ses antécédents, fièvre paludéenne 10 ans auparavant, une grippe avec rhumatisme musculaire remontant à 3 ans. Il se plaint depuis 4 semaines de douleurs rhumatismales généralisées qui l'obligent à garder le lit depuis plusieurs jours. Jusque-là, avait présenté une bonne santé.

Brusquement, il ressent une douleur lancinante au niveau de l'œil droit, accompagnée d'une vive céphalée.

Huit jours plus tard, le malade vient consulter. Il nie toute syphilis et maladie vénérienne.

A l'examen, on constate au niveau de l'œil droit que les paupières sont très œdématiées, la conjonctive palpébrale est rouge et gonflée ainsi que la conjonctive bulbaire. Au niveau de la partie supérieure du limbe, la conjonctive était soulevée par une petite tuméfaction de forme conique de la taille d'un pois, qui s'étendait en arrière et arrivait tangentiellement au limbe cornéen en avant. A son niveau, la conjonctive était adhérente et très hyperhémiée. Dans la partie voisine, la cornée était infiltrée et trouble dans son segment supérieur jusqu'à la région paracentrale. Chambre antérieure de profondeur moyenne ; il s'y trouvait un hypopyon jaunâtre de 1 mm. de hauteur. Sur l'iris, on constatait une petite masse purulente Iris très hyperhémié. Forte injection ciliaire. La pupille est adhérente à la capsule antérieure du cristallin et fermée par un exsudat grisâtre. Tension un peu élevée. Corps ciliaire sensible à la pression.

Traitement : atropine, salicylate de soude, applications chaudes.

*7 février* : Douleur extrêmement vive. L'hypopyon a légèrement diminué.

*8 février* : Douleur toujours très vive. On pratique une injection de morphine. La tumeur s'est un peu développée.

*10 février* : L'hypopyon disparaît. On pratique une injection d'oxycyanure au millième, sous-conjonctivale. Ponction de la tuméfaction à la seringue.

*12 février* : La tumeur est très volumineuse et douloureuse.

*15 février* : Son sommet s'est acuminé ; elle est de plus en plus sensible.

*18 février* : Ouverture spontanée. Il s'en écoule un pus jaunâtre, sale.

Le malade demande alors à sortir et suit un traitement ambulatoire. A ce moment, la paupière supérieure est encore un peu rouge mais non œdématiée. Le malade présente encore un chémosis bulbaire. Au niveau de la tuméfaction, la conjonctive prend une teinte jaunâtre et à son voisinage la pression réveille une douleur marquée. Il persiste encore une infiltration diffuse de la cornée dans sa portion supérieure et on observe des précipités de la face postérieure de la cornée. Chambre antérieure très profonde. Troubles de l'humeur aqueuse. Iris très congestionné. Tout autour de la pupille, synéchies.

Le malade n'a plus été revu après ce dernier examen.

**Obs. XXXII.** — De Schweinitz. (*Philadelphia Hospital Reports*, 1893, vol. II, p. 209).

L'auteur ne mentionne pas la nature de la porte d'entrée de l'infection ni la date d'apparition de la lésion oculaire. Celle-ci consiste en un abcès sous-conjonctival de la taille d'un pois situé en bas et en dehors. La conjonctive était mobile sur l'abcès. L'incision de l'abcès fit évacuer une grosse goutte de pus dont l'examen bactériologique ne fut pas pratiqué.

Pas de complications, ni iritis, ni perforation.

Guérison complète sans séquelles.

## VI. — PERISCLÉRITES POSTÉRIEURES

**Obs. XXXIII.** — Personnelle (*recueillie dans le service de M. le Dr Dupuy-Dutemps, à la Fondation Rothschild* (n° 46903).

G. G..., 23 ans, maçon.

Antécédents héréditaires, rien à signaler.

Antécédents personnels, depuis 9 ans, présente de la furon-

culose avec de temps en temps, des poussées de furoncles sur tout le corps La dernière poussée date de deux mois.

*Histoire de la maladie.* — Vers la fin d'octobre 1926, en se réveillant un matin, il constate qu'il voit double et ressent de la gêne au niveau de l'œil droit, de la difficulté à faire mouvoir cet œil en haut et en dehors.

*1er novembre* : La gêne est de plus en plus marquée. Le malade vient consulter à la Fondation Rothschild où l'on constate, outre les troubles de la motilité oculaire, de l'exophtalmie.

On pratique un Wassermann qui est négatif. Cependant le malade est soumis à un traitement spécifique par une série de 15 injections de cyanure de mercure.

*25 novembre* : on constate les symptômes suivants :

IIIe paire : parésie du droit supérieur, droit interne, petit oblique.

IVe paire : parésie.

VIe paire : paralysie.

Toutes les autres paires craniennes sont indemnes.

Exophtalmie assez marquée, non réductible ; conjonctive hyperhémiée avec œdème léger des paupières. La pression au niveau du bord de la partie supérieure de la paupière supérieure détermine une douleur assez vive. Le malade n'accuse aucune douleur spontanément ni de céphalée, de temps en temps quelques élancements au niveau de l'œil droit.

La radiographie de l'orbite ne montre aucune lésion osseuse, ni d'opacité des sinus.

V. O. D. : 1/2 — V. O. G. : 2/3.

*7 décembre* : Injection de lait, 10 cm³ ; pansements humides.

*8 décembre* : V. O. D. : 1/15. On prescrit une série d'injections de Quinby.

O. D. Papille floue avec veines dilatées, hémorragies choriorétiniennes en haut et en dehors. En dehors, en un point localisé de la rétine, on constate un aspect flou et grisâtre rappelant l'œdème rétinien localisé.

*9 décembre* : Même état. L'examen de la sécrétion conjonctivale montre la présence de nombreux coccis, Gram positif.

*10 décembre* : L'abcès scléral postérieur s'est ouvert spontanément. L'orifice d'évacuation du pus est situé un peu en avant de l'équateur, en dehors, à peu près au niveau de l'insertion du droit externe. Il s'écoule par cet orifice du pus jaunâtre abondant qui parait venir de la profondeur.

V. O. D. : 1/40. L'exophtalmie existe toujours, il y a moins d'œdème rétinien mais le vitré est toujours un peu trouble et le

fond de l'œil mal visible. Réactions iriennes normales ; pas d'iridocyclite.

*13 décembre* : V. O. D. : 1/18.

*22 décembre* : Exophtalmie très réduite.

Il s'écoule toujours un pus abondant par l'orifice de l'abcès. On pratique des frottis qui montrent la présence de leucocytes et de staphylocoques dorés.

Les milieux sont redevenus clairs. Le fond de l'œil a repris un aspect normal et les petites hémorragies que l'on constatait dans la région œdématiée ont disparu.

*7 janvier 1927* : O. D. La sécrétion purulente est tarie depuis quelques jours et l'orifice conjonctival est fermé. A sa place, on remarque un bourgeon charnu et, un peu au-dessous de celui-ci, à 6 mm. du limbe, sur l'horizontale de 10 h. on voit une petite zone grisâtre sur 3 mm. environ de diamètre, sous-conjonctivale, témoignant d'un léger amincissement scléral.

La conjonctive est encore assez hyperhémiée et chémotique dans sa partie inférieure.

La motilité du globe pour les muscles innervés par les III^e^ et IV^e^ paires est normale. Il subsiste une paralysie complète du moteur oculaire externe.

V. O. D. : 1/3. — Fond normal.

O. G. Orgeolet des paupières supérieure et inférieure. Etat général : malade pâle, fatigué, sans lésion des organes internes ; les reins entre autres sont normaux.

A la fin de janvier, l'œil est calme sans exophtalmie. La zone grisâtre sclérale subsiste et la paralysie du moteur oculaire externe est toujours totale.

Elle ne devait pas régresser dans les quatre mois suivants.

Le 30 juin, le malade est revu : Récupération de presque toute la motilité oculaire. L'excursion du globe en dehors permet de porter la cornée à environ 3 mm. de l'angle interne. Pas de diplopie dans le regard à droite. Il existe encore un peu de diplopie dans le regard en face.

Le malade n'a pas été revu depuis cette époque.

**Obs. XXXIV**. — Personnelle (*recueillie dans le service du Professeur Terrien à l'Hôtel-Dieu*).

Th... Roger, âgé de 16 ans, serrurier, vient consulter pour la première fois à l'hôpital Cochin pour du chémosis et de l'œdème palpébral. Il est alors examiné par le D^r^ Bollack qui diagnostique une cellulite orbitaire et l'adresse à l'Hôtel-Dieu pour hospitalisation.

Le début de l'affection oculaire remonte au 29 novembre. A ce moment, le malade a présenté un peu d'irritation conjonctivale caractérisée essentiellement par de la rougeur des conjonctives.

Le 30 novembre, il ne put se rendre à son travail. Il présentait de la gêne, de la pesanteur au niveau de l'œil gauche, accompagnées d'un œdème considérable de la paupière supérieure avec rougeur des téguments, sans céphalée. Pas de température : 37°3 au maximum.

Trois semaines avant ces accidents, le malade avait eu une petite tourniole au pouce droit, qui avait suppuré quelques jours.

Le 2 et le 3 décembre, pas de changement. C'est alors que le malade vient consulter à Cochin.

*Examen le 3 décembre* :

O. G. Œdème considérable de la paupière supérieure. Celle ci est rouge, tendue, douloureuse à la pression au niveau du bord supérieur de l'orbite en sa partie externe. La motilité de la paupière est très limité par cet œdème.

En écartant les paupières, on constate l'existence d'un chémosis très marqué de la conjonctive bulbaire surtout intense dans sa portion externe, vers 3 heures, avec hyperhémie conjonctivale. Cornée claire : milieux transparents.

V. O. G. : 4/10. Fond normal. Pas d'exophtalmie apparente.

Motilité oculaire : limitation de tous les mouvements de l'O. G. cependant l'élévation et l'abaissement se font presque complètement ; l'abduction est limitée, l'abduction nulle. Il existe une diplopie homonyme augmentant dans le regard à gauche.

O. D. normal.

*4 décembre* : Même état.

*5 décembre* : Grosse sécrétion purulente donnant l'impression d'une évacuation d'abcès en haut et en dehors. L'œdème palpébral est en régression ainsi que le chémosis qui n'est plus marqué qu'en dehors où la conjonctive bulbaire forme un gros bourrelet surtout à la portion externe du limbe cornéen.

La motilité oculaire se rétablit sauf en ce qui concerne l'abduction qui demeure toujours à peu près nulle.

Les frottis et les cultures du pus montrent la présence de staphylocoques dorés.

*6 décembre* : L'œdème palpébral est en pleine régression ; même état de la motilité oculaire. Le malade présente de la diplopie. Le chémosis est toujours marqué en dehors, à peu près nul en dedans.

La sécrétion purulente apparaît par un orifice conjonctival situé vers 2 heures. La palpation en ce point réveille des dou-

leurs. Le pus paraît venir de l'espace rétro-oculaire du fond du cul-de-sac conjonctival supérieur.

La diplopie reste la même.

*9 décembre* : L'œdème palpébral et le chémosis ont disparu : il ne subsiste plus que de l'hyperhémie conjonctivale. La palpation de la région de la glande lacrymale montre une certaine induration.

La motilité oculaire dans l'abduction est rétablie.

*15 décembre* : L'amélioration persiste, l'excursion du globe est normale.

*18 décembre* : Le malade sort guéri, V. O. G. : 10/10. Motilité oculaire normale.

**Obs. XXXV.** — L. Genet (*Lyon-Médical*, 25 août 1926).

C..., âgé de 22 ans, se présente le 26 avril 1925 à la Clinique avec une volumineuse inflammation du globe oculaire droit qu'il rapporte à un traumatisme. Il aurait été blessé un mois auparavant en burinant.

Il continue son travail ne ressentant aucune gêne visuelle ni douleur.

Après 3 semaines, l'œil droit devient rouge. Le malade travaille encore 2 jours puis est obligé de s'arrêter.

A l'examen, le 27 avril, l'O. D. est en exophtalmie avec chémosis très accentué surtout marqué en bas où il fait un bourrelet devant la cornée. Paupières rouges, œdématiées. On note un empâtement douloureux dans la région pré-auriculaire. Fond de l'œil sans lésion sauf une des veines papillaires qui est un peu large. Pas de névrite.

L'aspect extérieur est celui d'un phlegmon de l'orbite. Le malade souffre peu. Les mouvements du globe sont légèrement gênés. Intégrité des sinus. Aucune lésion auriculaire.

Pas d'urétrite.

L'examen de la sécrétion conjonctivale montre du staphylocoque à l'état de pureté.

Traitement par stock-vaccin.

*5 mai 1926* : Même état. On commence un auto-vaccin, 1/2, 1 et 2 $cm^3$.

Un volumineux abcès de la paupière supérieure droite apparaît alors ; il est incisé.

*17 mai* : L'œdème palpébral domine mais reste dur. Le chémosis s'atténue.

*25 mai* : Disparition complète du chémosis et de l'exophtalmie Le fond de l'œil est indemne, mais le malade qui avait eu jusque-

là l'œil caché par un pansement accuse de la diplopie surtout dans le regard en bas. Il s'agit d'une diplopie homonyme en bas. qui paraît être due à une lésion du grand oblique.

Au mois de juillet, tous les phénomènes inflammatoires ont disparu. Il ne subsiste que cette diplopie.

**Obs. XXXVI.** — (Dr Morax, *Annales d'Oculistique*, juillet 1910, p, 10).

Obs. 30004, Lariboisière.

H..., Charles, âgé de 22 ans, couvreur, se présente le 8 décembre 1908, à la consultation d'ophtalmologie de l'hôpital Lariboisière pour une exophtalmie douloureuse de l'œil droit. Apparence vigoureuse et de bonne santé habituelle. Marié depuis un an ; sa femme bien portante n'a pas encore eu de grossesse. Sa mère est morte à 38 ans, il ne sait de quoi. Il a un frère et une sœur plus jeunes de santé parfaite.

Vers le *28 novembre*, *il a eu à la main gauche au niveau du premier métacarpien*, une *lésion inflammatoire* peu douloureuse et à laquelle il n'a pas attaché grande importance. A peu près à la même époque, mais autant que ses souvenirs peuvent être précisés, *quelques jours après l'affection de la main, il se réveille avec une sensation de douleur oculaire* et une tuméfaction du côté des paupières de l'œil droit. Cet état ne progresse que faiblement pendant 8 jours, aussi n'y attache-t-il pas d'importance. Devant cette persistance, il se décide à aller consulter un médecin qui, pensant à une affection sinusienne, prescrit des irrigations nasales et des applications de vaseline mentholée. L'échec de cette thérapeutique l'amène à la consultation de chirurgie de Lariboisière où il se fait inciser l'abcès collecté de la région palmaire. Il s'est écoulé deux cuillerées de pus bien lié qui n'a pas été examiné.

La guérison de cet abcès s'est effectuée en deux jours sans drainage.

Lorsqu'on examine *le 8 décembre 1908*. On est frappé par *l'exophtalmie de l'œil droit* accompagnée d'une immobilité très accusée du globe. L'exophtalmie est irréductible et bien que l'examen des paupières et du segment antérieur n'indique pas de symptômes inflammatoires, la pression sur le globe réveille une douleur assez vive.

Lorsqu'on sollicite les mouvements du globe, on remarque *que les mouvements d'élévation et d'abaissement sont assez bien conservés alors que le mouvement d'abduction est extrêmement limité, l'abduction s'exécute encore mais dans d'assez faibles limites*,

L'exploration des parois orbitaires par la palpation ne révèle aucune lésion manifeste. L'examen du nez montre l'intégrité des cavités faciales.

On note encore une légère inégalité pupillaire ; la *pupille droite est plus petite* que la gauche, mais d'un côté comme de l'autre, les réactions, pupillaires sont intactes.

Les milieux sont transparents. L'examen ophtalmoscopique montre une légère saillie de la papille avec confusion des bords et stase veineuse, signe d'une névrite optique légère.

O. D. Em. V : 5/15. Champ visuel normal.

O. G. Em. V : 6/5. Champ visuel normal.

Le malade accuse une diplopie manifeste, facile à mettre en évidence avec le verre coloré. C'est une diplopie croisée. Le malade avait un peu de pâleur ; pas de température.

*Le diagnostic n'était pas facile* ; il semblait que l'on était en présence d'une lésion inflammatoire des parois orbitaires, comme il s'en produit au cours de la syphilis ou de la tuberculose orbitaire, mais rien ne permettait d'étayer cette hypothèse. Le malade entre à l'hôpital pour y être examiné et surveillé.

*11 décembre* : L'exophtalmie a un un peu augmenté et l'on note un léger chémosis séreux de la conjonctive bulbaire de l'œil droit. L'exophtalmie est axile et le malade tient les paupières fermées ; la paupière supérieure est nettement œdématiée, la paupière inférieure l'est un peu moins. Le malade peut néanmoins entr'ouvrir les paupières lorsqu'on le prie de le faire et il a alors un peu de photobobie et de larmoiement du côté droit. Les symptômes douloureux ont un peu augmenté. C'est un endolorissement orbitaire continu avec exacerbation nocturne. Les douleurs sont localisées au côté droit au fond de l'orbite avec irradiation du côté droit de la tête.

Les mouvements des globes sont douloureux. Le relevé des champs du regard dans les méridiens principaux montre bien la réduction considérable qu'a subie l'excursion du globe droit, en particulier dans le mouvement d'abduction. Le relevé de la diplopie semble être en contradiction avec le champ du regard. Au lieu *d'une diplopie homonyme, c'est une diplopie croisée* que l'on observe et le fait mérite d'être relevé, car il s'agit ici, non d'une diplopie par paralysie d'un nerf, mais d'une diplopie par immobilisation mécanique du globe.

*13 décembre* : L'exophtalmie, l'œdème des paupières et le chémosis séreux ont encore augmenté. L'immobilité du globe est encore accusée et les mouvements sont plus pénibles. La vision de l'œil droit est plus altérée : O. D. 5/10. Champ visuel normal.

L'examen du sang indique une *polynucléose* caractéristique d'un état infectieux aigu. M. Carlotti, assistant du service, nous a remis la note suivante :

| | |
|---|---|
| Globules rouges. . . . . | 4.630.000 |
| Globules blancs. . . . . | 25.200 |

Pourcentage des globules blancs :

| | |
|---|---|
| Polynucléaires . . . . . | 86 |
| Mononucléaires. . . . . | 10 |
| Grands mononucléaires . . . . | 2 |
| Lymphocytes. . . . . | 2 |

*15 décembre* : Les douleurs persistent malgré l'aspirine, etc. L'exophtalmie a encore augmenté, mais en même temps le globe est dévié en dehors et en bas. Le champ d'excursion est plus limité encore surtout en haut. La stase papillaire n'a pas augmenté.

V. O. D. 4/50.

Un nouvel examen des sinus fournit des données négatives.

*16 décembre* : Le chémosis a augmenté. La paupière supérieure est en ptosis et ne peut que difficilement être relevée ; toute la paupière inférieure est recouverte par le chémosis séreux qui sort en bourrelet par la fente palpébrale.

Les *douleurs* qui persistent donnent lieu à des irradiations étendues jusqu'au milieu de la nuque, On ne sent pas de battements au niveau des paupières.

L'hésitation du diagnostic engage à faire une ponction exploratrice orbitaire. Résultat négatif.

*17 décembre* : La nuit a été meilleure et depuis la ponction, le malade n'a pas souffert. On lui donne deux grammes d'iodure de potassium par jour.

*18 décembre* : Les douleurs surtout céphaliques reprennent très vives. En pressant sur le bord orbitaire, on réveille une douleur très intense, surtout sur le frontal et le malaire.

L'œdème a augmenté et empiète sur la région temporale. La paupière supérieure est plus tendue et on ne la relève qu'avec difficulté. Le sillon orbito-palpébral a disparu, Le bourrelet chémotique a encore augmenté de volume.

*19 décembre* : Le malade souffre beaucoup ; les douleurs périostiques irradient dans toute la moitié de la tête. L'exophtalmie a augmenté ; malgré ses efforts, le malade ne découvre guère plus de 1 à 2 millimètres de cornée.

Les mouvements du globe sont à peu près complètement abolis sauf dans le regard en haut où on perçoit encore un léger dépla-

cement. La contraction pupillaire est plus accusée à droite qu'à gauche V. O. D. : 3/50.

En dehors du bourrelet chémotique de la partie inférieure, il existe un nouveau bourrelet sur le bord supéro-externe de la cornée.

Un nouvel examen du sang donne les indications suivantes :

| | |
|---|---|
| Leucocytes. . . . . | 12600 |
| Polynucléaires . . . . . | 76 % |
| Mononucléaires . . . . . | 20 % |
| Lymphocytes. . . . . | 4 % |

La ponction lombaire montre l'intégrité absolue du liquide céphalo rachidien. Pas de lymphocytose.

*21 décembre* : L'exophtalmie, les douleurs ont augmenté empêchant le malade de dormir. Le globe est complètement immobilisé et le bourrelet de la partie supérieure de la conjonctive bulbaire a augmenté. Dès qu'on cherche à soulever la paupière supérieure pour une exploration plus complète, on réveille de très vives douleurs.

En présence de la persistance de l'état douloureux et des menaces, pour l'intégrité du globe, de cette exophtalmie régulièrement progressive, on se décide à pratiquer une nouvelle exploration orbitaire après orbitotomie au niveau du bord supérieur et externe de l'orbite, et anesthésie générale au chloroforme.

L'opération est pratiquée le jour même.

Après suture de la plaie orbito-palpébrale, on écarte fortement les paupières, ce qui permet de voir dans le cadran inféro nasal de la conjonctive bulbaire un bourrelet violacé et jaunâtre tout à la fois, sous lequel il semble exister un exsudat liquide. On incise la conjonctive à ce niveau et on fait refluer une quantité assez abondante de pus mélangé de sang. Ce pus est aussitôt prélevé pour examen direct et cultures. La plaie conjonctivale est élargie Par pression, on évacue tout ce qu'il est possible de retirer et on applique un pansement.

*22 décembre* : La température, qui avait commencé à s'élever l'avant-veille de l'opération, monte à 38° le jour de l'intervention et atteint 39° le 22. Le pansement est refait et montre l'absence de toute réaction locale du côté de l'orbitotomie.

*23 décembre* : La nuit a été bonne et la température s'est abaissée. On enlève les fils. La réunion est parfaite, mais le gonflement palpébral et le chémosis sont plus accusés. La suppuration conjonctivale persiste.

*26 décembre* : Après quelques jours d'accalmie, les phénomènes douloureux ont reparu et la température atteint, le 25 au soir 38°8.

La pression sur la paupière supérieure est particulièrement pénible. L'exophtalmie a augmenté. Les paupières ne recouvrent plus la cornée ; celle-ci est ulcérée à sa partie inférieure et l'on constate un hypopyon très abondant. Dans ces conditions, l'énucléation s'impose ; elle est pratiquée le 27 décembre. Le gonflement énorme des tissus qui entourent le globe rend l'énucléation un peu plus difficile. Au niveau du droit supérieur, on trouve une petite poche de pus. L'exploration des parois orbitaires après l'énucléation démontre leur intégrité. Pas d'incident.

*28 décembre* : Le chémosis charnu a un peu diminué ainsi que la tuméfaction palpébrale. Il n'y a pas de suppuration orbitaire. Le malade débarrassé de ses douleurs est gai et a bien dormi.

*2 janvier* : Il persiste encore un très léger écoulement palpébral par suite de la pression du bourrelet chémotique.

*7 janvier* : Plus de bourrelet conjonctival. Bon état de la cavité orbitaire. Bon état général. Exeat.

A l'examen direct du pus, on constate de nombreux polynucléaires avec des coccis arrondis disposés en amas de 3 à 7 éléments. Gram positif.

Cultures sur gélose ascite sur gélose ordinaire. Très nombreuses colonies de staphylocoques dorés.

**Obs. XXXVII.** — Pagenstecher (*Zeitschrift f. Augenheil.* 1908).

Malade atteint de phlegmon du cou. Deux jours plus tard, présente de l'exophtalmie avec limitation des mouvements, pus dans la chambre antérieure, abcès vitréen.

On constate du côté nasal, une saillie sous la conjonctive et au contact de la sclérotique. Au bout de quelques jours, ouverture en ce point avec évacuation du pus. En même temps, irido-choroïdite. Perforation du globe.

A l'examen du pus, on trouve du staphylocoque.

L'évolution de l'affection se termina par une atrophie complète du globe.

**Obs. XXXVIII.** — E. Rollet. (*Soc. française d'Ophtalmologie*, 1902). (Citée par Sciaux dans sa *Thèse de Lyon*, 1902).

C..., 21 ans. Pas d'antécédents oculaires. Le 13 mars 1901, présente une chute de la paupière supérieure gauche survenue 3 semaines auparavant. Léger œdème de cette paupière sans rougeur. Rien à l'examen de l'œil et de ses annexes.

*17 mars* : Légère exophtalmie et chémosis peu accentué.

*20 mars* : Paupière œdématiée présente une rougeur manifeste. Hypersécrétion lacrymale. Motilité oculaire limitée. Fond normal. Acuité normale.

*23 mars* : Etat oculaire plus grave. Les paupières sont tuméfiées et enflammées, l'œil figé, Les sillons orbito-palpébraux indurés sans présenter de collection purulente fluctuante. La cornée est floue avec un petit ulcère. Légère exophtalmie directe. Douleurs spontanées très vives. Tuméfaction du cul-de-sac conjonctival supérieur et petit abcès au niveau de l'insertion juxta cornéenne du muscle droit supérieur.

Incision de la collection purulente péritendineuse. Un stylet conduit alors dans la cavité rétro-oculaire.

Une incision faite le long du rebord orbitaire permet de s'assurer qu'il n'y a pas de suppuration dans la loge orbitaire postérieure.

*26 mars* : Cornée terne, vision : 1/10. Issue de pus par la fistule conjonctivale.

*22 avril* : Le malade sort de l'hôpital. Il présente une légère cicatrice blanchâtre vers l'insertion du droit supérieur. Le ptosis a disparu ; les mouvements oculaires sont normaux. Il n'y a pas d'exophtalmie ; la cornée est transparente.

A l'examen ophtalmologique, la papille est pâle avec rétrécissement des artères. V : 1/6.

L'examen du pus a montré la présence de staphylocoques.

*14 juin* : V : O. D. 1/10. d'aspect extérieur normal. La papille demeure blanche.

**Obs. XXXIX.** — P. Taupin. (*Obs. recueillie dans le service de M. le Professeur Rollet à Lyon.* (*Thèse Lyon*, 1916).

J..., Lucien, 17 ans, voiturier. Entre le 17 août. Sort le 31 août.

Poussée de furonculose vers le 15 juillet (2 furoncles à la fesse). Pas de maladies antérieures.

Une quinzaine de jours après les furoncles, le malade s'est mis à souffrir de l'O. D , c'est-à-dire vers le début d'août 1926. Son entourage remarque que l'O. D. est plus proéminent. Les douleurs l'empêchent de dormir.

Peu après, il s'aperçoit qu'il voit double.

Vers le 8 août, il remarque qu'il présente une grosseur au niveau de la partie inférieure de l'O. D. sous la conjonctive bulbaire. Cette grosseur s'ouvrit spontanément le 16 août 1926. Il s'en écoula du pus. Les douleurs diminuèrent alors.

Vu pour la première fois le 17 août 1926. Exophtalmie. O. D. : 19. O. G. : 15.

Les mouvements horizontaux de l'œil sont possibles, mais les mouvements verticaux vers le haut et vers le bas sont totalement supprimés.

Diplopie croisée mais surtout supérieure ou inférieure suivant la direction du regard.

V. O. D. : 1/2 ; V. O. D. : 2/3.

Au niveau de l'insertion antérieure du droit inférieur, orifice de sortie du pus reposant sur une base indurée. La pression sur la tuméfaction provoque l'écoulement du pus par la fistule.

*18 août* : Examen direct du pus : staphylocoque pur.

*26 août* : L'exophtalmie est en voie de régression.

Le mouvement de verticalité reviennent, incomplets.

*30 août* : Les mouvements d'abaissement est normal. Le mouvement de relèvement est limité.

**Obs. XL.** - M. Wirths. (Beitrag zur Kenntissen des metastatisken orbitalabzacessen) (*Zeitchrift für Augenh* , 1910, XXIII, p. 586).

Jeune fille de 14 ans soignée pour panaris de la main droite. Le pus de ce panaris contient du staphylocoque doré.

Quinze jours plus tard, sensation de pesanteur rétro-oculaire dans l'orbite droite bientôt suivie d'une exophtalmie sans œdème palpébral ou conjonctival et sans douleurs spontanées ou provoquées.

Etat général altéré. Pas de fièvre.

Huit jours après le début des signes orbitaires, l'exophtalmie a augmenté. Il y a un peu de sensibilité dans les mouvements oculaires.

Vision intacte. Fond de l'œil sans altération.

Le 14e jour, mouvements plus limités. V : 1/7 avec scotome central et aspect du fond de l'œil rappelant celui de l'embolie de l'artère centrale.

Vers le 16e jour, léger chémosis conjonctival du côté temporal.

Ponction orbitaire montre du pus à staphylocoque. Orbitotomie. L'exophtalmie ne commence à diminuer que le 18e jour et la vision se rétablit progressivement.

Guérison complète 5 semaines après l'intervention.

## VII. — CAS MIXTES
## ASSOCIATION
## DE PÉRISCLÉRITE ANTÉRIEURE
## ET DE PÉRISCLÉRITE POSTÉRIEURE

**Obs. XLI.** — PERSONNELLE, (n° 9067, *Service du Dr Dupuy-Dutemps*. Hôpital St Louis).

H... André, âgé de 16 ans, ajusteur, vers le 8 avril, est blessé au doigt au cours de son travail. Petite plaie de l'annulaire gauche qui suppure pendant quelques jours et d'où l'on retire deux petits fragments d'acier. Après incision de l'abcès, guérison locale sans incidents.

Aux environs du 20 avril, le malade ressent des douleurs au niveau de l'orbite gauche accompagnées d'une certaine céphalée frontale, douleurs qui survenaient par crises surtout le matin.

Vers le 30 avril, sans qu'il y ait de modification extérieure de l'œil et des tissus voisins, la vision de l'O. G. commence à se troubler ; impression de brouillard et surtout de trou dans le regard en face.

Scotome central très probable. Le malade précise qu'il distingue mieux les objets de côté et en bas.

Progressivement, ce trouble de la vision augmente, s'accompagne d'élancements douloureux vers l'orbite qui se calmèrent en une huitaine de jours.

La vision de l'O G. est complètement abolie vers le 5 ou le 6 mai. Au début de mai, on constate, un peu en arrière de la ligne axillaire postérieure droite un abcès sous-cutané, dû peut-être à une suppuration ganglionnaire.

Le 10 et le 11 mai, quelques frissons. Le malade va consulter à la Fondation Rothschild le 11 mai, puis se présente à St-Louis.

*14 mai : Examen oculaire.*

O. G. Paupières œdématiées, œdème surtout marqué vers les bords de teinte rouge-violacé, provoquant l'occlusion de l'œil. Légère exophtalmie directe, non réductible. La pression sur le globe n'est pas douloureuse. Légère douleur à la pression du bord supérieur de l'orbite.

La conjonctive bulbaire est un peu chémotique en bas et en dehors. Œil fixé, immobile ; à peine existe-t il une ébauche de mouvements en adduction et en élévation.

Pupille dilatée. Réflexe lumineux aboli, réflexe consensuel conservé,

V. O. G. : O.

Fond de l'O. G. Papille d'aspect névritique, à bords noyés et flous de teinte blanche. Considérable stase veineuse ; les veines sont turgescentes, quadruples de leur calibre normal, noyées dans l'œdème péripapillaire ; certaines paraissent présenter une réduction de calibre à leur passage dans la zone œdémateuse. Artères de calibre un peu diminué.

La pression sur le globe amène la vacuité des veines qui se remplissent rapidement dès qu'on diminue la pression oculaire.

Petite hémorragie sur le bord nasal de la papille ; celle-ci n'est pas très surélevée sur le plan rétinien.

Vaste zone d'œdème dans toute la région maculaire, œdème blanc sur lequel se détache en rouge vif la macula ; à la limite de cet œdème rétinien, du côté nasal, on observe deux petites hémorragies le long d'un vaisseau. Aucune autre hémorragie n'est visible sur le reste de la rétine.

O. D. : Fond normal.

Acuité visuelle normale.

Incision de l'abcès para-axillaire (service du Pr Lecène). On trouve un pus épais, assez abondant, jaunâtre, dont l'examen par frottis et culture permet de trouver du staphylocoque doré à l'état de pureté.

*15 mai* : Température le matin : 38°5 ; le malade présente un facies fatigué, amaigri. Il dit cependant se sentir mieux et avoir bien reposé la nuit.

L'œdème palpébral a presque complètement disparu, ainsi que le chémosis. La motilité de la paupière supérieure est normale. Même aspect du fond de l'œil gauche.

*16 mai* : Le globe ébauche quelques mouvements. Il n'y a plus de chémosis. les conjonctives sont blanches.

*17 mai* : Température 37°2. Même état de O. G.

*18 mai* : L'œdème péripapillaire paraît avoir un peu augmenté ; les bords de la papille sont plus étendus.

L'examen des sinus frontaux et maxillaire ne montrent pas de lésions.

*21 mai* : La radio des sinus montre des sinus normaux et des canaux optiques normaux.

O. G. Motilité un peu meilleure, ébauche d'adduction et d'abduction. Les mouvements de la verticalité sont encore à peu près nuls. L'exophtalmie est presque entièrement réduite, il n'y a plus de chémosis. La conjonctive ne présente plus de réaction.

L'œdème rétinien s'est atténué ainsi que l'œdème papillaire et l'on voit sur les bords de la papille de petites hémorragies. Les

veines ont presque un calibre normal ; quelques-unes ont un aspect blanchâtre.

*24 mai* : le malade se plaint de céphalée depuis deux jours. Sa nuque est souple, il n'y a pas de signes de réaction méningée

O. G. Ebauche de motilité du globe. L'exophtalmie est presque complètement réduite. Réflexe irien : à la convergence normal, réflexe lumineux aboli.

Même aspect du fond de l'œil que précédemment.

La pression sur le globe permet de vider les veines et de faire apparaître les battemeuts artériels.

Température : 36°6.

Vision nulle.

*25 mai* : Céphalées, a vomi la veille au soir.

*2 juin* : Céphalées toujours persistantes.

O. G. saillie de la papille surtout appréciable à la partie supérieure à l'image renversée, avec coude des vaisseaux. En bas, la papille est toujours noyée d'œdème.

Légère réaction conjonctivale. La motilité est redevenue à peu près nulle.

*3 juin* : Le malade entre à l'hôpital. Injection de 1/4 de cm³ de stock-vaccin anti-staphylococcique. Pas de réaction générale.

*4 juin* : Céphalée frontale gauche extrêmement vive, vomissements, pas de température.

Œdème considérable des paupières ; douleur à la pression des paupières et du globe. Chémosis généralisé.

*7 juin* : Le gonflement des paupières a un peu diminué mais le chémosis est toujours aussi accentué. Douleur à la pression au niveau de la partie supéro-externe de l'orbite au travers de la paupière.

Fond O. G. Saillie de la papille, mais la stase veineuse est moins nette.

Pas de fièvre, température oscillant aux environs de 37°.

Du 3 au 7 juin, il a été pratiqué 3 injections progressives de vaccin anti-staphylococcique.

*8 juin* : O. D. papille à bords flous. V. O. D. = 2/3.

*15 juin* : Céphalée légère, état somnolent et grande asthénie, vomissements faciles.

O. D. Papille à bords flous, veines un peu dilatées.

O. G. Chémosis inflammatoire très accentué surtout en bas. La pupille est dilatée, un peu irrégulière.

*16 juin* : La tuméfaction sous- conjonctivale est toujours plus marquée vers midi.

On pratique une ponction lombaire qui donne les résutats suivants :

| | |
|---|---|
| Tension, malade couché . . . . | 38 |
| Albumine . . . . . | 0,40 |
| Lymphocytes . . . . . | 4 |

Pas d'éléments microbiens.

*17 juin* : Vomissement, céphalées très vives.

Au niveau de la tuméfaction sous conjonctivale, il s'est produit une petite fistule située à environ 5 mm. du limbe, vers 12 heures. Par cet orifice s'écoule un pus épais, bien lié, provenant de la profondeur spontanément, mais la pression sur la portion supérieure du globe, le plus en arrière possible, fait apparaître une plus grande quantité de pus, un stylet introduit dans le trajet fistuleux, passe sous la conjonctive au contact de la sclérotique et explore le trajet sur 1 cm. environ. Un frottis de ce pus ainsi que sa culture montre la présence de nombreux staphylocoques dorés à l'état de pureté.

Les cultures de staphylocoques de ce pus sont gardées pour les expériences sur le lapin citées dans notre texte.

*22 juin* : Depuis 5 jours, l'abcès oculaire s'est évacué spontanément après un léger débridement de l'orifice conjonctival, et il ne s'écoule plus qu'une gouttelette de pus.

Le malade a une céphalée très intense ; le pouls est ralenti à 56 ; somnolence et incontinence des urines. En outre, il se plaint de voir trouble de l'œil droit.

La motilité oculaire est un peu meilleure (O. G.) surtout dans les mouvements de la verticalité.

*23 juin* : Céphalées, somnolence, subdélire.

*25 juin* : Etat général meilleur. Le malade est beaucoup plus présent, répond bien aux questions. Il se plaint d'une douleur accusée par la pression au niveau de la région inguinale gauche. Pas de nouvelle localisation de l'infection à ce niveau.

O. G. Chémosis en régression. La fistule est fermée et l'on constate, un peu au-dessus, une légère tuméfaction bleuâtre sous la conjonctive.

La motilité oculaire est en grand progrès ; l'adduction se fait presque complètement ; les mouvements de verticalité et l'abduction sont encore limités mais très nettement ébauchés.

*27 juin* : Le malade peut se lever et on peut pratiquer un examen du fond de l'œil.

O. G. Motilité oculaire, même état que la veille. L'examen du fond de l'œil montre une atrophie papillaire très marquée avec des veines très grêles et des artères presque complètement atro-

phiées ; le champ pupillaire est de teinte blanche, les hémorragies péripapillaires sont complètement résorbées. V. O. G. nulle.

O. D. Motilité oculaire normale. Fond : papille de stase à bords flous, œdémateuse, formant une légère saillie : veines gonflées, surtout les inférieures au niveau desquelles on observe quelques hémorragies.

V. O. D. : 2/3. Le champ visuel pris avec la main paraît normal.

*1er juillet* : Le malade est de nouveau très déprimé, somnolent ; il présente en outre une incontinence des matières et des urines. Pas de fièvre : la température se maintient comme précédemment aux environs de 37°.

*6 juillet* : On peut faire lever le malade et l'examiner à la chambre noire. Il répond bien aux questions.

O. G. Fond de l'œil sans changement. *Petite tuméfaction sous-conjonctivale vers 2 heures.*

O. D. La stase papillaire a progressé et la saillie est plus accentuée.

V. O. D. = 1/2. Rétrécissement du champ visuel avec grande encoche.

*9 juillet* : Le malade se lève, ne ressent plus de céphalées et ne présente plus d'incontinence. La tuméfaction sous-conjonctivale de l'O. G. est plus marquée avec chémosis conjonctival.

*10 juillet* : L'amélioration de l'état général se maintient et le malade se lève pour aller se promener dans le jardin de l'Hôpital ; il reste encore faible et titube un peu mais ne présente pas de vertiges ni de signes de localisation cérébrale. Ouverture spontanée de l'abcès sous-conjonctival.

O. D. Motilité oculaire normale. Pas de réaction conjonctivale. L'examen du fond de l'œil montre une papille dont les bords sont encore très flous mais de saillie moins accentuée, les veines sont moins dilatées. Le champ visuel est presque normal et ne présente plus d'encoche inféro-externe. V. O. D. : 1 faible.

O. G. Motilité externe presque normale ; le chémosis a presque complètement disparu ; la conjonctive est toujours rouge dans son ensemble.

Fond de l'œil : papille atrophique. L'examen du segment supéro-interne de la rétine, à la périphérie et en un point correspondant à la localisation de l'abcès sous-conjonctival, montre une coloration jaune chamois de la chorio-rétine avec un large placard grisâtre entouré de nombreuses taches pigmentaires disséminées, rappelant l'aspect de la rétinite pigmentaire.

*12 juillet* : O. G. L'abcès sous-conjonctival est en bonne voie de cicatrisation. Le malade sort alors de l'hôpital sur sa demande.

*Le 31 août*, le malade entre à l'hôpital Tenon pour de la somnolence. Il ne répond pas aux questions et le diagnostic reste alors hésitant jusqu'au 2 septembre où on apprend qu'il a été soigné à l'hôpital Saint-Louis pour une affection oculaire.

A l'examen : flaccidité des membres inférieurs. Ne répond pas aux ordres. Reflexes rotuliens absolument abolis. Les réflexes achilléens et médio-plantaires existent et sont peut-être un peu vifs à gauche. Pas de clonus, pas de signe de Babinski ni de réflexes de défense.

Réflexes cutanés-abdominaux et crémastériens abolis.

Réflexes de posture normaux.

Force musculaire difficile à percevoir ; pas de contracture.

Signes de la série cérébelleuse : pas d'adiadococinésie. Les épreuves de la série cérébelleuse ne montrent rien d'anormal.

L'étude de la marche et de la station debout est impossible.

A l'examen oculaire, on constate alors une stase papillaire au niveau de l'œil droit et, au niveau de l'œil gauche, de l'atrophie optique. La vision de l'O. D. est de 1/20. La vision de l'O. G. est toujours nulle.

Ponction lombaire : La tension, le malade étant couché, est de 60.

Liquide clair :

| | |
|---|---|
| Lymphos. . . . | 16,2 lymphocytes par mm³ |
| Albumine . . . | 0,56 |
| Sucre . . . . . | 1,2 % |

La radio du crâne est normale. On pose le diagnostic d'abcès du lobe frontal gauche, soit par propagation à la suite de l'infection orbitaire, ou métastatique.

On pratique alors une trépanation le 8 septembre dans la zone temporo-frontale gauche avec ponction ventriculaire. Mais au moment de la ponction, on tombe sur un volumineux abcès (pus jaune à staphylocoque doré identifié après culture). On incise la dure-mère et on recueille 50 à 60 cm³ de pus. Un sytlet introduit dans la poche arrive jusque sur le plan osseux de la base du crâne. Drain.

Dans la soirée, le malade meurt. Pas d'autopsie.

**Obs. XLII.** — W. Feuer (*Centrallblat für Augenheilkunde*, 1881, p. 35).

G. V. âgée de 20 ans, primipare. Accouchement le 19 avril.

*23 avril* : La malade se plaint de douleur de l'O. G.

26 *avril* : On revoit la malade qui présente alors les symptômes suivants : gonflement considérable des paupières comprimant le globe. Chémosis très marqué de la conjonctive bulbaire et en deux points, au-dessus et en arrière de l'insertion du tendon du droit interne, on voit une petite saillie faisant penser à un abcès.

La pupille se dilate au maximum à l'atropine. Milieux clairs et transparents. Fond de l'œil normal. La malade est illettrée mais reconnaît bien de petits objets. L'acuité visuelle paraît normale. La tension oculaire est normale.

L'abcès supérieur est circonscrit et l'on observe à sa place une saillie bien localisée. Quant à l'abcès inféro-postérieur, il paraît avoir une origine rétro-bulbaire provoquant une légère protrusion du globe avec abaissement.

Les deux abcès sont incisés et il s'en écoule un peu de pus épais.

A la suite de cette incision, on put constater que l'abcès supérieur siégeait dans la sclérotique et, à sa place, il y avait une perte de subtance de la taille d'une lentille avec une diminution de l'épaisseur du globe.

Un petit drain fut placé au niveau de l'abcès inférieur et rétro-bulbaire.

En raison de la profondeur de la lésion sclérale et de la nature métastatique de la lésion, un pronostic réservé fut posé.

Le deuxième jour on constata dans l'œil jusque-là indemne une infiltration du vitré qui avait son point de départ au niveau de la lésion sclérale et qui dans la suite évolua vers une atrophie du globe après plusieurs semaines.

Pas d'examen bactériologique du pus.

## CONCLUSIONS

I. — Il peut se constituer au niveau des tissus épiscléraux, sous la conjonctive en avant, entre le tissu cellulaire orbitaire et la sclérotique en arrière, des abcès localisés que nous désignerons sous le nom de périsclérite suppurée.

II. — La fréquence du staphylocoque dans le pus de ces périsclérites à l'exclusion à peu près complète de tout autre agent microbien (un seul cas avec association de pneumocoque et un cas d'abcès sous-conjonctivaux à streptocoque) nous autorise à conclure que ces périsclérites suppurées doivent être considérées comme d'origine staphylococcique, même quand l'agent microbien n'a pu être retrouvé, comme cela peut arriver dans les formes à évolution subaiguë.

III. — Les périsclérites suppurées staphylococciques sont des localisations hémosporiques au cours de bactériémies atténuées. Le foyer initial peut être apparent ou retrouvé dans les antécédents (furoncles, plaies cutanées, infection puerpérale.) Mais parfois il demeure inconnu, qu'il ait été de peu d'importance et que son évolution ait passé inaperçue ou qu'il s'agisse d'une infection à point de départ rhino-pharyngé. Il peut être d'autant plus difficile à retrouver qu'il peut être guéri à l'apparition de la lésion péri-sclérale, un délai de deux à trois semaines séparant le plus souvent l'apparition du foyer initial et celle du foyer secondaire périscléral.

IV. — L'arrêt du staphylocoque au niveau des vaisseaux épiscléraux antérieurs ou postérieurs ne peut s'expliquer par de simples données anatomiques et il faut admettre la

possibilité d'une affinité tissulaire de certaines races de staphylocoques pour expliquer la rareté de cette complication au cours des bactériémies staphylococciques.

**V.** — L'évolution de la périsclérite antérieure est en général favorable, la guérison s'observant dans 72 0/0 des cas, la complication la plus fréquente étant l'iritis dont on peut observer tous les degrés. Par contre le pronostic de la périsclérite postérieure est toujours sérieux du fait des complications nerveuses qui l'accompagnent (névrite optique, paralysie ou parésie des nerfs moteurs du globe).

**VI.** — La présence d'une périsclérite suppurée doit faire craindre d'autres localisations suppuratives staphylococciques, et il faudra tout spécialement rechercher s'il n'existe pas, en même temps, de ces foyers souvent torpides au niveau des organes génito-urinaires.

**VII.** — Le diagnostic de la périsclérite suppurée antérieure est facile, cependant dans sa forme subaiguë, avec résorption spontanée de la collection purulente, le diagnostic pourrait se poser avec l'épisclérite boutonneuse. On peut même se demander dans ces cas s'il ne s'agirait pas de formes de transition entre la périsclérite aiguë et l'épisclérite boutonneuse, qui pourrait être alors une localisation staphylococcique au cours de bactériémie très atténuée.

**VIII.** — Le diagnostic de la périsclérite postérieure est plus délicat s'il est relativement aisé avec le phlegmon de l'orbite et l'ostéopériostite orbitaire, il est presque impossible avec la ténonite suppurée diffuse, à moins que l'on ne constate la zone d'œdème rétinien localisé, que nous avons décrite comme un signe de grande valeur.

---

*Vu, le Doyen,*
H. ROGER.

*Vu, le Président de la thèse,*
F. TERRIEN

Vu et permis d'imprimer :
*Le Recteur de l'Académie de Paris,*
CHARLÉTY.

## BIBLIOGRAPHIE

En ce qui concerne les *irido-choroïdites hémosporiques*, l'on trouvera une bibliographie complète dans le *Rapport* du Dr Dupuy-Dutemps au Congrès de la Société française d'ophtalmologie de mai 1922 ; pour les ténonites purulentes dans la *Thèse* de Taupin, sur les suppurations ténoniennes (Lyon 1926) et pour les infections générales à staphylocoques dans la *thèse* de H. Giroire (Paris 1926).


1. Adler. — Ein Fall von metastatiche Abszess der conjonctiv Bulbi (*Wiener Medical Presse*, p. 607, 1889).

2. Marin Amat. — Conjunctivis metastatica doble consecutiva à seudoreumatismo dé origen tonsilar (*Anales Oftalmologia* 1919). Analyse ds *Lettura oftalmologia*, p. 45, janv. 1920.

3. Arlt. — *Krankheit des Auges*, vol. II, p. 209.

4. Axenfeld. — Bactériologie von den Augenheilkunde. 1907.

5. Axenfeld. — Uber die eitrige metastatische Ophtalmie in besondere ihre Aetiologie und prognostische Bedeutung (*Graef's Archiv. für Ophtalmologie*, 1894).

6. E. Bachstez. — Uber eitrige metastatische Episcleris (*Klinische Monatsblatter für Augenheilkunde*, Bd. LXVI, p. 285, 1921).

7. Benedict. — Etiologie and treatment of scleritis and episcleritis (*Trans. of. American Acad. ophtal.*, 1924).

8. N. Blatt. — Episkleritis metastitaca (*Klin Monatsbl. f. Aug.* p. 386, Bd. LXXII, 1924).

9. F. Bloch. — Uber Skleritis posterior (*Klin Monatsbl.f. Aug.* p. 689, Bd. LXXIII, 1924).

10. Von Bogusz. — Ein seltener Fall mit ausgeheilten metas-

tatischen Abszessen in der Sklera (*Wiener Klin. Wochenséhrift*, p. 904, XV, 1902).

11. Brailowsky. — Sloutchai metastatitchéskogo skleritas demonstratziei bolnoï (*Société d'ophtalmologie d'Odessa*, 1924. Analysé ds. *Lettura oftalmologica*, fevr. 1925.

12. — A. Bronner. — Case of acuty primary abscess of Tenons'capsule,with perforation into the Eyeball (*Trans. Ophtalm, Soc. of United Kingdom.*, p. 203, 1903).

13 P. Brusselmans. — Uvéotenonite métastatique,et ténonite, iridochoroïte simultanées et indépendantes (*Archives d'optalmologie*, p. 731, 1925).

14. Calderaro. — Panophtalmia metastatica suppurativa da stafilococco piogène albo (*La Cliniqua oculistica*, 1907).

15. Carles. — Les staphylococcémies atténuées non suppuratives (*Revue de médecine*, p. 899, 1908).

16. Chenet. — De l'Ophtalmie métastatique (*Thèse de Paris*, 1910-11, n° 9 355).

17. Chenéy. — A case of orbital abscess producing a clinical picture of separation of the retina (*Archiv. opht. New-York*, p. 252, 1923).

18. — Congrès Français de Médecine. — XIX^e^ session Paris 1927. Semiologie des septicémies médicales (Rapports de MM. Arloing-Dufourt, Gastinel, V. de Lavergne, Langeron et Reilly).

19. Cousin. — Un cas d'ophtalmie métastatique d'origine streptococcique (*Bull. Soc. d'opht. de Paris*, p. 23, 1920).

20. Decourtieux. — Contribution à l'étude des infections généralisées de l'organisme par les staphylocoques pyogènes. (*Thèse de Paris*, 1909-9, n° 435).

21. Percy Dunn. — A case of metastatic abscess of the sclera followed by perforation and prolapse of the iris (*Lancet*, p. 1649. 1912).

22. Dupuy Dutemps et Lemarchal. — Sclérite métastatique, manifestation initiale d'une infection générale à staphylocoque (*Annales d'oculistique*, p. 23, 1910).

23. Dupuy-Dutemps. — Irido-choroïdites au cours des infections aiguës (*Rapport de la Société française d'ophtalmologie*, 8 mai 1922).

24. H. Erggelet. — Klinische Beitrag zu den entzündlischen

Metastasen des Anastomosennetzes der vorderen Ziliärgefässen (*Klin. Monatsbl. f. Aug.*, p. 167, 1923).

25. A. Fava. — Panophtalmie métastatique expérimentale (*Annales d'oculistique*, 1913).

26. N. Feuer. — Metastatische Ophtalmie. (*Centralblatt für Augenheikunde*, p. 35, 1881).

27. Fialho Abreau. — Un caso de celulitis orbitari par infeccion estafilococcia de origin' obscuro (*Revista cubana de oftalmologia*, p. 463, 1921).

28. Fuchs. — *Manuel d'ophtalmologie.*

29. X. Galezowski — *Traité des maladies des yeux.*

30. L. Genet. — Ténonite aiguë par staphylocoque doré à l'état pur, diplopie consécutive (*Lyon médical*, n° 33, 1926).

31. Gillet de Grandmont. — Nature microbienne des ophtalmies profondes (*Archives d'ophtalmologie*, 1892).

32. Georges et Giroire — A propos de faits nouveaux de staphylococcémies (*Presse médicale*, 15 mai 1926).

33. H. Giroire. — Contribution à l'étude clinique et anatomopathologique des septicémies staphylococciques malignes (*Thèse de Paris*, 1926).

34. Green. — Phlegmon de l'orbite à la suite d'un orgeolet (*Amer. Journal of ophtalm.*, janvier 1926).

35. Happel. — (*Transaction of the médical society of Tennessee*, 1886, p. 147).

36. Hegner. — Contribution à l'anatomie pathologique des métastases emboliques de l'œil (*Klin. Monatsbl. f. Aug.*, 191).

37. Heine. — Pyämische Irisabszesse (*Klin. Monatsbl. f. Aug.*, p. 106, LXXI, 1923).

38. Hewkley. — *Opht. Soc. of the united Kingdom*, 1906.

40. Holmes Spicer — Ophtalmie métastatique à staphylocoques (*Opht. Soc. of the united Kingdom*, 1906).

41. V. Horay. — Skleralabszess (*Ungarrischen opht. Gesellschaft*, juin 1922).

42. Hummelsheim. — Abcès sous-conjonctival d'origine rare (*Société Bas-Rhénane des Sciences naturelles et médicales*, novembre 1895).

43. Jocqs. — Un cas de ténonite suppurée métastatique (*La Clinique ophtalmologique*, 1905).

44. Key. — Influence of protéin therapy on experimental staphylococcic infection (*Amer. Journ. of Opht.*, 1926).

45. C. Koch. — *Centralblatt für. Augenheilkunde*, p. 481, 1926.

46. Komoto. — Beitrag zur pathologischen Anatomie der Skleritis (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilkunde*, p 761, 1909).

47. Kramer. — Episcleritis metastatica furunculiformis (*Klin. Moatsbl. f. Aug.*, p. 441, Bd. LXVI, 1921).

48. H. Krainer. — Episclérite métastatique après anthrax de la nuque (*Wiener Medicinische Wochenschrift*, p. 1390, 1926).

49. Lamb. — Episclérite métastatique (*The Ophtalmoscope*, p. 168, 1911)

50. B.-T. Lang. — Influence of septic infection it the causation of eye disease (*Briti h Medical Journal*. 1913).

51. E. Lang. — Uber Episcleritis metastatica. *Klin Monatsbl. f. Augenhielkunde*, p 212, LXVIII, 1922).

52. Leber. — Spontan enstandener episcleral Abszess bei normalen verhalten des Bulbus mit Ausgang in Heilung (*Archiv. f. Ophtalmologie* III, p. 263, 1880).

53. Liebrecht. — Zwei Fälle von metastatischer Augenkrankung (*Klin Monatsbl. f. Augenheilkunde*, p. 124, XLI, 1903).

54. Linder, — *Klin Monatsbl f. Augenheilkunde*, LXIV, 1920).

55. L. Loldan. — Ténonite purulente (*Annali di Oftalmologia e Clinica oculistica*, 1925, II)

56. Lutz. — Uber einige Fälle von endogenen Kokeninfection des Auges, Metastasen nach Furunkeln (*Klin Monatsbl. f. Augenheilkunde*, p. 636, XLVIII, 1910).

57. J. Mackay. — A case of Phlyctenular Keratitis and pustular Episcleritis treated by Staphylococcic injection (*Ophtalmological Sociely*, 7 mai 1908 et *The Ophtalmic Review*, p. 186, 1908).

58 M. Menacho. — El abscesso circunscrito primitivo de la esclerotica (*Archivos de Ophtalmologia Hispano-Americanos*, p. 605, oct. 1919).

59. M. Menacho. - Casuistica clinica iconografica (*Arch. de Oft Hisp. Amer.*, p. 592, août 1923).

60. Meissner — Abcès scléral métastatique (*Klin, Monatsbl. f. Augenheilkunde*, p. 708, LII, 1914).

61. Meyerhof. — Les cellulites orbitaires d'origine staphylococcique (*Archives d'ophtalmologie*, p. 128, 1914).

62. Michaïl. — Conjonctivite staphylococcique hématogène à abcès miliaires multiples (*An d'oculistique*. p. 676, 1924).

63. A. Michel. — Contribution à l'étude bactériologique de

l'ophtalmie phlycténulaire. (*An. d'oculistique*, p. 257, 1898).

64. H. Miller. — Scleritis and episcleritis (*Amer. Jour of opht.*, p. 137, 1919).

65. Monesi. — Due casi tenonite purulente. (*An. di optalm, e clin. oculistica*, p. 784, 1924).

66. Morax. — Des localisations oculaires ou périoculaires au cours de la staphylococcie. (*An. d'oculistique*, p. 10, 1910).

67. Moty. — Staphylémie subaiguë ou infection purulente atténuée (*XIV^e congrès de Chirurgie*, 1901).

68. Natanson. — Zur Kasuistik der subconjonctival en Abscesse (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilkunde*, p. 528, XLVI, 1908).

69. Nickel, Von Lackum, Benedict. — Pelvic organs as foci of inflamatory diseases of eye (*Archiv of Opht*, New-York, p. 116, LVI, 1927).

70. Pagenstecher. — *Zeitschrift f. Augenheilkunde*, p. 458, 1908.

71. Panas. — *Traité des maladies des yeux*, 1894.

72. Pascheff. — Uber einen Fall von subconjunctivalen Staphylokocken Abszess (*Graef's Archiv*, p. 64, LXVII, 1908).

73. R. Perlia. — Uber pyämische Embolie im Limbus Corneæ (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilkunde*, p. 741, L2, 1912).

74. Poirier et Charpy. — *Traité d'anatomie humaine* (Organes des sens).

75. A. Poulard. — *Traité d'ophtalmologie.*

76. Puechagut. — *Thèse de Paris*, 1884.

77. A. Rados. — Recherches expérimentales sur la métastase hématogène dans l'œil (*Graefes Archiv von Ophl.* 1913).

78. Rohmer. — Maladies de la sclérotique dans l'*Encyclopédie française d'ophtalmologie*, vol. V.

79. Rollet. — Ténonite suppurée (*Soc. Française d'opht.*, 1902).

80 Sachsalber. — *Wiener Med Wochenschrift*, 1898, n° 32).

81. Saemisch. — Die Krankheiten der Conjunktiv, Cornea und Sklera (*Graefes, Saemisch*, Bd. V).

82. Sandmann. — Symetrische binasale Skléralmetastase des Randschlingesnetzes (*Kl. Monatsbl. f. Augenheilkunde*, p. 842, LXIX, 1912.

83. Schanz. — Uber eines von einem Furunkel herrührende Metastase in der Iris (*Zeitschrift f. Augenheilkunde*, 1906).

84. De Schweinitz. — *Philadelphia Hospital Reports*, p. 209, 1893.

85. Sciaux. — Les tétonites suppurées (*Thèse de Lyon*, 1902).

86. Seguini. — Coroidite metastatica (*Ricece de patologia e clinica oculare*, 1923).

87. E. Soulier. — Essai sur l'étiologie des sclérites et des épisclérites (*Thèse de Paris*, 1913).

88. H. Stern. — Ein Fall von metastatische Orbitalabzess nach Furunkel im Nacken (*Kl. Monatsbl. f. Augenheilkunde*, LXII, 1919).

89. Selenkowsky et Wojciochowski. — Experimentalle über die endogence infektion des Auges (*Arch. f. Aug.*, 1903).

90. Sichel. — Inflammation particulière de la choroïde (*Bulletin thérapeutique*, p. 209, 1847).

91. Stock. — Uber experimentälle Veränderung in den Augen des Kaninchen durch Blutinfektion mit pathogeger Hefe (*Soc. d'ophtalmologie d'Heidelberg*, 1907).

92. A. V. Szily. — Atlas der Kriegaugenheilkunde (Stuttgart, 1916).

93. K. Szymanowski. — Beitrage zur Pathologie der Skleritis (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilkunde*, p. 21, LXII, 1919).

94. P. Taupin. — Des suppurations ténoniennes (*Thèse de Lyon*, 1926).

95. F. Terrien. — Ophtalmie métastatique (*Archives d'ophtalmologie*, 1901).

96. F. Terrien. — La calotte sclérocornéenne, 1923.

97. A. Terson. — Remarques sur le diagnostic et le traitement des tétonites rhumatismales et goutteuses (*Paris Médical*, p 391, 1916).

98. O. Thies. — Uber metastasen bei Staphylokoken und Streptokoken sepsis (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilkunde* p. 383, LXXII, 1924).

99. Roger, Widal, Teissier. — Nouveau traité de médecine (Staphylococcie, par M. Macaigne).

100. Uhthoff. — Beiträge zur pathologischen Anatomie des Auges Skleritis und Episcleritis (*Graefes Archiv.*, p. 167, XXIX).

101. Velhagen. — Ein Fall von Embolie des Randschlingennetzes des Hornhaut (*Centralblatt. f. prakt. Augenheilkunde*, p. 353, 1910).

102. Verhaege. — Contribution à l'étude des phlegmons de l'orbite chez l'enfant (*Thèse de Lille*, 1924).

103. Vogt. — Skleral Abszess (*Centralblatt f. prakt. Augenheilkunde*, p. 134, 1911).

104. De Wecker et Masselon. — Manuel d'ophtalmologie, 1889.

105. L. Weekers. — Phlyctènes oculaires et tuberculose (*Arch. d'opht*, juin 1927).

106. Wirths. — Beitrag zur Kentissen des metastatischen orbital Abszessen (*Zeitschrift f. Augenheilkunde*, 1910).

# TABLE DES MATIÈRES


Introduction ..... 11

Historique ..... 13

Etude clinique : Périsclérites antérieures ..... 16
- Symptômes ..... 16
- Complications ..... 21
- Formes cliniques ..... 22
- Pronostic ..... 24
- Diagnostic ..... 25

Périsclérites postérieures ..... 30
- Symptômes ..... 30
- Complications ..... 35
- Formes cliniques ..... 39
- Pronostic ..... 39
- Diagnostic ..... 40

Anatomie pathologique ..... 44

Traitement ..... 48

Etiologie ..... 51

Considérations générales sur les infections oculaires staphylococciques ..... 56

Recherches expérimentales ..... 60

Observations : Périsclérites antérieures ..... 65
- Observations personnelles ..... 65
- Cas avec constatations de staphylocoques dans la lésion ..... 71
- Cas avec examen bactériologique négatif, accompagnés d'autres foyers suppurés à staphylocoques ..... 83
- Cas avec examen bactériologique négatif sans autres localisations ..... 90
- Cas sans examen bactériologique ..... 92

Périsclérites postérieures ..... 97

Cas mixtes ..... 109

Conclusions ..... 117

Bibliographie ..... 119

1928. St-Amand (Cher). — Imp. A. CLERC.